

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA HRADEC KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

KVALITA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U KLIENTA PO CMP

Bakalářská práce

autor práce: **Miluše Vytlačilová**

vedoucí práce: **Jaroslava Pečenková**

2010

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

**THE QUALITY OF NURSING CARE
AT THE CLIENT AFTER CEREBRAL APOPLEXY**

Bachelor's thesis

Author: **Miluše Vytlačilová**

Supervisor: **Jaroslava Pečenková**

2010

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

.....

(podpis)

Poděkování:

Chtěla bych touto cestou poděkovat paní Jaroslavě Pečenkové za odborné vedení mé bakalářské práce. Její rady mi byly přínosem po celou dobu realizace práce.

Obsah

ÚVOD	7
1 KVALITA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	8
1.1 DEFINICE POJMU KVALITA	8
1.2 OŠETŘOVATELSKÝ STANDARD	9
2 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA.....	10
2.1 DEFINICE ONEMOCNĚNÍ	10
2.1.1 Cévní mozková příhoda ischemická.....	10
2.1.2 Mozková hemoragie.....	11
2.2 RIZIKOVÉ FAKTORY	11
2.3 PŘÍZNAKY	13
2.3.1 Časné symptomy	13
2.3.2 Poplašné signály	13
2.3.3 Příznaky vlastní CMP	13
2.4 VYŠETŘOVACÍ METODY	14
2.5 LÉČBA CMP	15
2.5.1 Konzervativní léčba.....	16
2.5.2 Chirurgická léčba	17
2.5.3 Rehabilitační léčba.....	17
2.5.4 Následná péče.....	19
2.5.5 Výsledky léčby - prognóza	19
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY PO CMP	21
3.1 Potřeba.....	21
3.1.1 Potřeby a nemocný člověk	23
3.2 Ošetřovatelský proces	23
3.2.1 Nejčastější ošetřovatelské problémy u klientů po CMP	24
3.2.2 Zásady ošetřovatelské péče po CMP.....	24
3.2.3 Vzor ošetřovatelského plánu	26
EMPIRICKÁ ČÁST	37
4 CÍL VÝZKUMU	37
5 METODIKA VÝZKUMU	38
6 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	39
7 VÝSLEDKY VÝZKUMU	40
ZÁVĚR	76
SEZNAM LITERATURY	79

SEZNAM OBRÁZKŮ.....	81
SEZNAM TABULEK.....	82
SEZNAM GRAFŮ.....	83
SEZNAM PŘÍLOH.....	84
PŘÍLOHY	85

ÚVOD

K napsání mé bakalářské práce mě inspirovalo vytváření multidisciplinárních týmů a iktových jednotek v nemocničních zařízeních.

Cévní mozková příhoda je onemocnění náročné na ošetrovatelskou péči, rehabilitaci, znovunavrácení klienta do běžného života. Používané vyšetřovací metody se v posledních letech zkvalitňují a výsledky léčby pokročily. Také ošetrovatelská péče prošla velkými změnami. Zavedením ošetrovatelského procesu do praxe se nám naskytla možnost lépe stanovit, pojmenovat ošetrovatelské problémy, adekvátně je řešit a zpětně hodnotit.

V nemocnici, kam docházím se žákyněmi střední zdravotnické školy na praktickou výuku, specializované jednotky nenajdeme. Přesto se zde s nemocnými s diagnózou cévní mozková příhoda (dále jen CMP) poměrně často setkáváme. Klienti mě občas upozorňují na nedostatky související s ošetrovatelskou péčí a pobytem v nemocničním zařízení. Každý je osobnost s vlastním názorem, standardem a nepředpokládám, že se všichni shodnou. Přesto bych formou dotazníkového šetření chtěla zjistit, s čím jsou klienti opravdu nespokojeni, co jim chybí, s čím spokojeni jsou. Výzkum by měl alespoň poodhalit, nastínit problémy, pokud se vyskytují.

Po dohodě s hlavní sestrou nemocnice budou výsledky dotazníkového šetření použity ke zlepšení ošetrovatelské péče, komfortu poskytovaného klientům, k doplnění standardu.

TEORETICKÁ ČÁST

Cílem teoretické části mé bakalářské práce je rozbor hlavních pojmů práce včetně jejich teoretických poznatků. K hlavním pojmům práce patří kvalita, standard, cévní mozková příhoda, potřeba, ošetrovatelský proces. Zároveň poukazují na ošetrovatelské hledisko v ošetrovatelské péči o klienta po cévní mozkové příhodě.

1 KVALITA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

1.1 DEFINICE POJMU KVALITA

Pojetí „kvality“ je dáno kulturním a sociálním prostředím. Dle WHO (světová zdravotnická organizace) je kvalita stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k současné úrovni znalostí a technologického vývoje. Představa kvality zdravotní péče je ovlivněna hodnotami, které ve společnosti převládají a individuálními hodnotami těch, kteří kvalitu péče definují, např. politici, tvůrci zdravotnické legislativy a v neposlední řadě sami zdravotničtí pracovníci. (České ošetrovatelství 2., 1998, s. 6)

Kvalita v systému zdravotní péče je uspokojení potřeb uživatelů. (Mastiliaková, 2002, s. 9)

Kvalitní služba je teoretický výsledek „dohody“ mezi zdravotníky, klienty, širší veřejností a vládou. Po mnoho let převládaly biomedicínské definice zdraví. Určovaly, co je a co není ve zdravotní péči důležité. Možnosti sester ovlivňovat kvalitu zdravotní péče byly výrazně omezeny. V úsilí o zajištění kvalitní péče je tedy nutné nejdříve definovat kvalitní péči, stanovit, co je pokládáno za dobrou, standardní kvalitní péči. Vyjádřena je nejčastěji ve „standardech“, podle nichž se poskytovaná péče posuzuje. Význam slova „kvalita“ ošetrovatelské péče závisí tedy na vymezení, co znamená konkrétně „kvalitní ošetrovatelská péče“. Ta je nejčastěji charakterizována jasnou koncepcí ošetrovatelství v dané zemi, poskytováním ošetrovatelské péče pomocí ošetrovatelského procesu dle potřeb klienta, stanovením si reálných cílů, týmovou prací, odbornou připraveností personálu dodržujícího etický kodex a v neposlední řadě aktivním zapojením klienta do ošetrovatelské péče.

(České ošetrovatelství 2., 1998, s. 7)

Kvalita péče je hodnocena podle různých kritérií, různými jedinci (lékař, klient, sestra, pracovník managementu). K metodám měření kvality se používá přímé pozorování, přímá revize, rozhovor, dotazníkové šetření, celkový audit, srovnávání kritérií ve standardech, účast odborníků, sledování ukazatelů výkonu organizace, sledování individuální výkonnosti pracovníků, aj. (Mastiliaková, 2002, s. 17)

1.2 OŠETŘOVATELSKÝ STANDARD

Ošetrovatelský standard je platná definice přijatelné (kvalitní) úrovně ošetrovatelské péče. Jde o dohodnutou profesní úroveň kvality. Je vodítkem, podle kterého můžeme hodnotit, zda ošetrovatelské činnosti odpovídají požadované úrovni. Každá země při vytváření standardů vychází z vlastních podmínek. Přesto existují společné obecné normy pro poskytování individualizované, cílené ošetrovatelské péče. Ošetrovatelské standardy určují závaznou normu pro kvalitní péči, umožňují objektivní hodnocení poskytované péče, poskytují pocit bezpečí a jistoty klientům a chrání sestry před neoprávněným postihem. Ošetrovatelské standardy mají klíčový význam pro zvyšování kvality péče. Není-li standard dodržen, stává se ošetrovatelská péče rizikovou a ohrožující zdravotní stav klienta. Rámcové ošetrovatelské standardy vydává profesní organizace sester, zvláštní ošetrovatelské instituce nebo ministerstvo zdravotnictví. Konkrétní standardy vydává zdravotnické zařízení. K nejčastějším typům standardů řadíme standardy výkonu ošetrovatelské profese, ošetrovatelské péče, dokumentace, vybavení pracoviště, pracovních postupů.

(České ošetrovatelství 2., 1998, s. 10-11)

2 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

2.1 DEFINICE ONEMOCNĚNÍ

Cévní mozková příhoda (dále jen CMP) je charakterizována akutně vzniklými klinickými fokálními či globálními příznaky poruchy funkce mozku trvajících déle než 24 hodin (eventuálně do smrti) bez zjevné jiné než vaskulární příčiny.

Cévní zásobení mozku zajišťuje přívod okysličené krve do mozku, a tím jeho výživu a správnou funkci. Mozková tkáň je jednou z nejcitlivějších tkání na přísun kyslíku.

Po několikaminutové zástavě krevního oběhu dochází k odumírání neuronů. Průtok krve závisí především na místním tepenném a žilním tlaku, intrakraniálním tlaku, vazkosti krve a na místní vasodilataci, vazokonstrikci, na věku (v dětství je vyšší, ve stáří se snižuje, protože stoupá odpor cév a snižuje se jejich pružnost). Poškození mozku na vaskulárním podkladě je z 80% akutní ischemické (malacie) a z 20% hemoragické (mozková hemoragie).

Iktus je často provázen ložiskovými příznaky. CMP je urgentní stav vyžadující rychlou diagnostiku a včasné zahájení účinné terapie. Je třetí nejčastější příčinou smrti, mortalita u nás je čtyřikrát vyšší než v USA a 40% nemocných umírá do jednoho roku po příhodě.

(Seidl, 2007, s. 83)

2.1.1 Cévní mozková příhoda ischemická

Mechanismem vzniku ischemie je generalizovaný pokles saturace mozku kyslíkem, extrakraniální stenóza tepen a trombotická okluze vznikající obvykle extrakraniálně v karotické bifurkaci nebo na vertebrální či bazilární arterii. Uzávěru může předcházet i mnohočetná embolizace ze srdce či velkých cév spojená s fibrilací síní, s chlopenní vadou či po prodělaném akutním infarktu myokardu. Uzávěry hlubokých perforujících arterií zásobujících bazální ganglia a talamus vedou k lakunárním infarktům. Tranzitorní ischemická ataka (TIA) je epizoda ložiskových příznaků v důsledku nedostatečného zásobení mozku krví, která mizí do 24 hodin bez reziduí. Jedná se o významný varovný příznak hrozícího CMP. Malacie v karotickém povodí končí často smrtí nebo klienti přežívají s těžkou invaliditou.

Jednostranný uzávěr ACP (arteria cereberalis posterior) je provázen kontralaterální homonymní hemianopií, talamickým syndromem (centrální neurogenní bolest). Leukoaraióza představuje difúzní ischemické změny bílé hmoty mozkové. Klinickým projevem může být demence. Status lacunaris vzniká uzávěrem hlubokých perforantů bazálních ganglií, talamu a dochází k projevům pseudobulbárního syndromu. (Seidl, 2007, s. 84-87)

2.1.2 Mozková hemoragie

Krvácení vzniká porušením stěny mozkové cévy. Jedná se o parenchymové, subarachnoidální nebo intraventrikulární krvácení. Příčinou je ve 40 - 50% hypertenze, krevní choroby, vaskulitidy, antikoagulační léčba a další. Krvácení se klinicky projeví hemiparézou, hemihypestezií, hemianopií a afázií. V mozečku dochází k mozečkovým a kmenovým příznakům (ataxie, dysartrie, nystagmus, vertigo). Intraventrikulární krvácení vede k rychlé ztrátě vědomí. Meningeálním syndromem se projeví subarachnoidální krvácení.

(Seidl, 2007, s. 87)

2.2 RIZIKOVÉ FAKTORY

Důsledná prevence je i v dnešní době moderních léčebných metod jednou z nejdůležitějších cest k eliminaci nepříznivých důsledků poškození mozku. Rizikové faktory lze rozdělit do několika skupin.

Mezi **neovlivnitelné rizikové faktory** patří věk, pohlaví, rasa a rodinná zátěž. S přibývajícím věkem stoupá riziko vzniku mozkové ischemie a zdvojnásobuje se v každé dekádě po 55. roce života. Ischemická CMP je častější u mužů. Výjimkou jsou ženy ve věku 35 - 44 let a ve věku nad 85 let, kdy je u žen častější. Dle epidemiologických šetření bez zjevné příčiny je vyšší incidence CMP u zástupců černé a hispánské populace, ale také u Číňanů a Japonců.

Anamnéza CMP u rodičů představuje zvýšené riziko CMP pro potomky. Na zvýšeném riziku se podílí i přidružené mechanismy, jako je genetické vybavení, dyslipoproteinémie, diabetes mellitus, arteriální hypertenze, podobné prostředí, životní styl. (Waberžinek, 2006, s. 18-19)

Mezi **prokázané a ovlivnitelné faktory** řadíme arteriální hypertenzi, diabetes mellitus, hyperlipidémii, kouření, asymptomatickou stenózu karotické tepny a fibrilaci síní a jiná kardiální onemocnění. Arteriální hypertenze představuje nejvýznamnější riziko vzniku CMP, které roste v závislosti na zvyšování systolického a diastolického tlaku. Riziko narůstá i s izolovaným zvýšením systolického tlaku. Diabetici mají zvýšenou dispozici k rozvoji aterosklerotického procesu, a tím i zvýšenou prevalenci rizikových faktorů CMP.

Hyperlipidémie jako rizikový faktor pro vznik CMP není zcela jasně prokázána. Ve druhé polovině 80. let dvacátého století byly publikovány práce, jež prokázaly 1,5krát vyšší riziko vzniku CMP u kuřáků. Jedná se o multifaktoriální patofyziologický mechanismus.

Více jak 50% stenózou v extrakraniálním úseku karotické tepny je postiženo asi 7 - 10% mužů a 5 - 7% žen starších 65 let. Fibrilace síní patří mezi poměrně časté arytmie představující významný rizikový faktor, i když většinou dobře farmakologicky zvládnutelný, pro vznik CMP.

(Waberžinek, 2006, s. 19-21)

Mezi **méně dobře prokázané či jen potenciálně ovlivnitelné rizikové faktory** patří obezita, alkohol, drogy, hormonální substituční léčba a aterosklerotický proces.

Obezita představuje zvýšené riziko vzniku ischemické CMP. U mužů je větší rizikový faktor abdominální typ obezity než body mass index (dále jen BMI). Naproti tomu u žen stoupá riziko CMP zvyšující se hodnotou BMI. Konzumace alkoholu odpovídající 10 až 90 g týdně či maximálně 2 sklenkám vína za den má obecně protektivní efekt. Naopak pravidelná konzumace alkoholu v míře více jak 5 skleniček denně zvyšuje riziko vzniku CMP.

Konzumace drog a jejich vliv na vznik CMP je nejistý. Ve farmakologii CMP se jako sekundární prevence podává anopyrin či warfarin, ale není známo, jak by se dalo v rámci primární prevence působit proti vzniku CMP. K definitivní identifikaci rizika hormonální substituční léčby v souvislosti CMP jsou nutné další důkazy. Dosavadní studie totiž obsahují řadu metodologických chyb. Orální kontraceptiva 1. generace měly vysoký obsah estrogenů, což mohlo zvýšit riziko vzniku CMP. V dnešní době užívají ženy orální kontraceptiva 2. generace s nižším obsahem estrogenů. V tomto případě se rizika neprokázala. Teorie objevující se poslední dobou považují aterosklerózu za chronické zánětlivé onemocnění. Řada studií prokázala existenci závislosti mezi plazmatickou hladinou C reaktivního proteinu a cévního onemocnění včetně ischemického iktu.

(Waberžinek, 2006, s. 21-23)

2.3 PŘÍZNAKY

2.3.1 Časné symptomy

Časné symptomy, jak je budu popisovat dále, je nutno nepodceňovat a informovat o nich ošetřujícího lékaře. Patří k nim poruchy rytmu dne - noci, kdy člověk cítí nepochopitelnou únavu ve dne a v noci trpí nespavostí, dále ho obtěžují časté bolesti hlavy a závratě.

Ve většině případů se současně přidružují poruchy koncentrace, pozornosti, myšlení, pozorování. Nebezpečí se zvyšuje stupňováním symptomů. Příznaky mohou během dne odeznít velmi rychle. (Mäurer, 1989, s. 33)

2.3.2 Poplašné signály

K tzv. poplašným signálům, které by vás měly zavést k lékaři, jsou parestezie, hluchota, husí kůže na ruce, předloktí, pocit tíhy paže, dolní končetiny, pocit ztuhlosti tváře, jazyka.

Objevují se i poruchy zraku ve smyslu rozmazaně viděných, dvojitých, neostrých předmětů.

Postižený může vidět pouze levou nebo pravou stranu zorného pole. Poruchy trvají mnohdy několik sekund až minut a my jim proto nepřikládáme takový význam. (Mäurer, 1989, s. 33)

2.3.3 Příznaky vlastní CMP

Pokud dojde k CMP, výše zmíněné symptomy neustupují. Přidružují se k nim poruchy dýchání a krevního oběhu. Dýchání bývá povrchní s hlubokým střídavým nadechnutím.

Údery srdce bývají rychlé a nepravidelné. Může dojít až k bezvědomí. Objevují se závažné poruchy zraku, nejčastěji jednostranná ztráta zorného pole. Výrazná u některých pacientů bývá afázie, senzorická, nebo motorická. Poruchy hybnosti se projeví parézou (částečné ochrnutí) či plegií (úplné ochrnutí).

K těmto slovům pak přidáváme dle postižení předpony: mono (týkající se jedné končetiny), hemi (označuje polovinu těla svisle), kvadru (ochrnutí celého těla). Zároveň se mohou objevit u pacientů příznaky související s duševními poruchami: deprese, obrna nebo stupňování pohybových poruch, popudlivost až agrese, omezená schopnost koncentrace, zapomínání, poruchy orientace. (Mäurer, 1989, s. 34)

2.4 VYŠETŘOVACÍ METODY

Včasnou a správnou diagnostikou lze zahájit účinnou léčbu a snížit tak riziko zhoršení zdravotního stavu a vyvarovat se komplikací.

Klinické vyšetření

Klinické vyšetření patří mezi základní vyšetřovací metody. Součástí je anamnéza a objektivní vyšetření. Výrazně přispívá ke stanovení diagnózy. Při vyšetření začínáme tzv. minimální anamnézou, nezbytnou i při akutních zákrocích, chránící klienta i lékaře. Poskytně nám údaje například o alergii, která ohrožuje vždy klienta na životě. Zjišťujeme rodinnou anamnézu (choroby v pokrevním příbuzenstvu) a osobní anamnézu (dětské nemoci, úrazy, stavy s projevy záchvatu, onemocnění prodělaná, kde je pacient sledován a s čím se léčí, jaké bere léky). Poté se zaměříme na nynější onemocnění (kdy začaly potíže, jak se projevovaly, zhoršily se příznaky,...). Pokud pacient nemůže komunikovat, ptáme se rodinných příslušníků, svědků.

Cílem objektivního vyšetření je určit co nejpřesněji lokalizaci postižení, stanovit rozsah a stanovit diferenciální diagnózy. Vyšetření provádí lékař a začíná od hlavy přes krk, horní končetiny, břicho, dolní končetiny po páteř, stoj a chůzi. (Seidl, 2008, s. 63)

Fyzikální vyšetření je vyšetření pacienta lékařem, který využívá smyslů k získání nezbytných informací o zdravotním stavu klienta. Patří sem vyšetření pohledem, poslechem, pohmatem, poklepem. Měříme krevní tlak, puls, dech a tělesnou teplotu. Stav vědomí hodnotíme reakcí zornic na osvit (mióza - zúžení zornic, mydriáza - rozšíření zornic) a pomocí Glasgowské klasifikace bezvědomí, kdy se hodnotí otevření očí, slovní odpověď a motorická odpověď. Za standardní metodu se považuje EKG (elektrokardiografie). EEG (elektroencefalografie) zaznamenává elektrickou aktivitu z různých částí mozku a provádí se jako doplňující vyšetření po stabilizaci stavu. Klienti podrobují i vyšetření očního pozadí oftalmoskopem.

Laboratorní vyšetřovací metody

Laboratorní vyšetřovací metody se provádějí standardně při každém příjmu na oddělení.

K základním metodám patří krev na vyšetření hematologické, hemokoagulační, biochemické.

Dále se odebírá moč + sediment. V indikovaných případech se provádí lumbální punkce k získání a vyšetření mozkomíšního moku (při podezření na subarachnoidální krvácení s negativním CT mozku).

Grafické (zobrazovací) metody

Grafické metody slouží k určení druhu postižení, k přesné lokalizaci a možnostech léčby.

Ultrasonografie se řadí mezi základní screeningové metody. Je neinvazivní, rychlá, levná.

Rentgenový snímek srdce a plic je standardním vyšetřením. Počítačová angiografie

a magnetická angiografie je neinvazivní vyšetřovací metoda, zajišťující i informace

o intrakraniálním řečišti. Digitální subtrakční angiografie je invazivní metoda, jejíž výhodou

je dokonalé zobrazení celého řečiště včetně oblouku a intrakrania. Je možný i terapeutický

zásah (např. stent). Běžná počítačová tomografie (dále jen CT) nebo magnetická rezonance

patří k nezbytným vyšetřovacím metodám ukazující rozsah vzniklého iktu, jeho stáří, jiná

onemocnění mozku. Perfusion-CT využíváme hlavně v diagnostice akutní CMP.

Funkční diagnostika

Funkční diagnostika nás informuje o průtokových parametrech při zátěži a v klidu.

Transkraniální dopplerometrie sleduje změny rychlosti proudění krve v arteriálních kmenech

mozkových. SPECT je jednofotonová emisní výpočetní tomografie. Využívají se

radiofarmaka, která prochází hematoencefalitickou bariérou a vychytávají se v mozkových

buňkách. Dynamické CT je podobné vyšetření jako SPECT. (Beneš, 2003, s. 58-63)

2.5 LÉČBA CMP

Léčba CMP je velice komplexní záležitost, kterou ovlivňuje včasnost zahájení.

Nejideálnější časové období je do 3, maximálně do 6 hodin od počátku příznaků. Po této době

hrozí rozvoj mozkového infarktu. Klienti s podezřením na CMP se podle stavu přijímají

na jednotku intenzivní péče (dále jen JIP) neurologického či interního oddělení, ve větších

nemocničních zařízeních na iktové JIP.

2.5.1 Konzervativní léčba

Extracerebrální poměry

Pokud u klienta nastane porucha vědomí, prvořadým úkonem je zajistit volné dýchací cesty. Monitorujeme krevní plyny, bráníme aspiraci. V některých případech je nutná řízená ventilace. Zvýšený tlak krevní (dále jen TK) pravidelně doprovází vznik a první hodiny akutní CMP. Jde o přechodné zvýšení, kterým organismus kompenzuje mozkovou perfuzi. TK se snižuje opatrně a pozvolna. Prudké snížení TK může vést k progresi ischemického ložiska. Výjimkou je ohrožení vitálních funkcí nebo před a po cerebrální trombolýze. Nezbytnou součástí péče o klienta po CMP je sledování příjmu a výdeje tekutin a měření centrálního venózního tlaku. Při dehydrataci hrozí zhoršení mozkového poškození.

Velmi častým problémem při příjmu potravy je porucha polykání a s ním spojené riziko aspirace. V akutním stavu dáváme přednost parenterální výživě centrálním venózním katétre, nasogastrickou či nasojejunální sondou. Metodou, která eliminuje vznik dekubitu na stěně jícnu, je perkutánní endoskopická gastrostomie. Výhodou je i možnost domácího ošetřování. Mezi profylaktická opatření trombotických komplikací řadíme včasnou, pravidelnou rehabilitaci, bandáže dolních končetin a miniheparinizaci. Při absenci zmíněných opatření hrozí u 75% nemocných hluboká žilní trombóza. Zánětlivým komplikacím (převážně močovým a plicním) předcházíme cílenou antibiotickou léčbou.

Cerebrální poměry

Mozkový edém řadíme mezi hlavní příčinu smrti v prvních dnech po CMP. Nejkritičtější období je mezi 24. a 96. hodinou. Ke snížení intrakraniálního tlaku používáme polohu na zádech s elevací horní poloviny těla minimálně o 20°. Při intubaci využíváme hyperventilaci. Z léků používáme hyperosmolární látky (manitol, glycerol a hypertonický roztok NaCl), kdy je nezbytné sledovat osmolaritu a bilanci tekutin. Při nezvládnutí edému zvažujeme chirurgickou dekompresi (níže). Neuroprotektiva by měla podpořit přežití ischemických neuronů a gliových buněk v okolí nekrózy. Mozkový infarkt je ve většině případů důsledek trombembolického uzávěru přírodní tepny. Trombolýza má zabránit dalšímu rozvoji ischemie nebo zabránit vzniku infarktu mozku, nepatří mezi standardní léčebnou metodu. Nejčastější je intravenózní systémová trombolýza. Antikoagulační léčba v podobě intravenózního podání heparinu bývá standardní. Volí se jako prevence kariogenní embolizace, hluboké flebotrombózy dolních končetin u imobilních klientů a jako léčba flebotrombózy již vzniklé. V prevenci se dává přednost nízkomolekulárním heparinům.

(Waberžinek, 2006, s. 44-51)

2.5.2 Chirurgická léčba

Karotická endarterektomie je preventivní operační zákrok odstraňující aterosklerotické pláty. V případě akutní ischemické ataky se k ní přistupuje při snížení lumina o více jak 50%.

K intrakraniální embolektomii se může přistoupit, pokud klient vyhledá pomoc do 6 hodin od počátku příznaků. Záleží na umístění embolu, zda je funkční kolaterální oběh a zda se nejedná o devastující poškození mozku. K dekompresivní kraniotomii se přistupuje v případě selhání konzervativní antiedematózní léčby. (Waberžinek, 2006, s. 52)

2.5.3 Rehabilitační léčba

Rehabilitace je lékařský obor zabývající se obnovou výkonnosti nemocného. Využívá fyzikálních prostředků (masáže, cvičení, ...) ke zlepšení zdravotního stavu klienta.

(Vokurka, 2004, s. 381)

Fyzioterapeut a ergoterapeut spolupracuje s logopedem, psychologem a sociální pracovnící. S rehabilitační léčbou se začíná ihned po stabilizaci vitálních funkcí. Je součástí léčby, nelze ji vynechat. Včasnou rehabilitací bráníme vzniku oběhových, dechových a pohybových komplikací, které by mohly zhoršit celkový výsledek. Provádí se podle plánu, který sestaví rehabilitační lékař ve spolupráci s ošetřujícím lékařem. Rehabilitujeme raději vícekrát denně kratší dobu, abychom nadměrně neunavili klienta. Pokud zdravotní stav dovolí, začneme co nejdříve s vertikalizací.

Polohování

Polohování je jednou z nejdůležitějších součástí rehabilitačního ošetřovatelství. Polohovat by se mělo dle standardu, klasicky ve dvou až třech hodinových intervalech podle polohovacího plánu. Nejčastěji používané pomůcky jsou antidekubitární matrace, mezinožní polštáře, dekuby, podložky pod paty, lokte, sedáky, kola, hady, éčka s fixací. Pomůcky jsou vyrobeny z paropropustného omyvatelného materiálu. Je nezbytné zachovat stabilitu polohy a funkční postavení klíčových kloubů. Musíme pomýšlet na hrozící poškození kloubů ochablých končetin (subluxace) nešetrnou manipulací.

Součástí rehabilitace u klientů po CMP je upravit prostředí (postížená část těla uložená do uličky, stolek, signalizační zařízení a pomůcky k sebeobsluze na dosah, hrazdička, žebříček, močová lahev k lůžku, pojízdný klozet), poskytnout kompenzační pomůcky (bezpečné pohárky, talíře se zvýšeným okrajem, speciální přístroje) a naučit klienta sebeobslužným činnostem k zajištění co možná největší samostatnosti klienta v péči o sebe sama.

Ergoterapie

Ergoterapie je metoda zaměřující se na podporu zdraví a pohody prostřednictvím zaměstnání. Cílem je zapojit, zlepšit či navrátit klienty do každodenních aktivit. Posiluje fyzickou i psychickou stránku osobnosti. Usnadňuje opětovné začlenění jedince do společnosti. K základním činnostem ergoterapie patří nácvik soběstačnosti, obnova svalové síly, zlepšení koordinace pohybu, čítí aj. Současně se nemocného snažíme sociálně začlenit (rodina, skupina, společnost). (Vokurka, 2004, s. 112)

Logopedie

Logopedie je obor zabývající se studiem a léčbou poruch řeči a výslovnosti. (Vokurka, 2004, s. 259) Afázie je porucha tvorby a porozumění řeči. Příčinou je poškození dominantní hemisféry. Rozlišujeme dva typy afázie. Expresivní (motorická) afázie, kdy je zachována schopnost řeči rozumět s poruchou tvorby řeči. Vzniká zejména při poruše Brocova centra v mozku. Senzorická afázie znamená poruchu porozumění řeči se zachovanou schopností mluvit. Vzniká při poruše Wernickeova centra v mozku. Společně s afázií se obvykle vyskytují přidružené poruchy: alexie (narušená schopnost čtení), agrafie (narušené ovládání psané řeči) a agnozie (narušená schopnost poznávání). (Vokurka, 2004, s. 6, 7, 8, 12)

Velmi důležitou pomůckou v rehabilitaci řeči je afatický slovník. Jedná se o slovník s obrázky podstatných jmen, sloves, přídavných jmen a životních situací. Měli bychom si uvědomit, že možnost slovně se vyjádřit je důležitým projevem osobnosti a jakákoliv porucha může negativně ovlivnit psychický stav nemocného.

Lázeňská léčba

Lázeňská léčba je indikována u pacientů po CMP co nejdříve po odeznění akutního stádia nemoci. Nutná je konzultace s internistou, zda bude klient schopen zvládnout lázeňskou péči z hlediska kardiovaskulárního aparátu. K nejčastěji voleným lázeňským zařízením u nás patří rehabilitační ústav v Hrabyni, Chotěboři, Košumberku, Kladrubech. Výhodou je komplexní, individuální rehabilitační péče.

2.5.4 Následná péče

Před propuštěním klienta z nemocničního zařízení je nutné zvážit faktory následné péče: prognózu, osobní situaci, přidružené zdravotní potíže aj.

Klient může být přeložen do jiné nemocnice nebo na oddělení se specializací na rehabilitaci. Pokud zvládá péči o sebe sama nebo má rodinné zázemí, může být propuštěn do domácí péče. Rodina i klient musí být řádně edukováni o péči a nezbytných úpravách domácího prostředí. Jsou seznámeni s možnostmi pomoci hrazené pojišťovnami prostřednictvím agentur domácí péče (dále jen ADP). Pomoc je poskytována v ošetrovatelské a rehabilitační oblasti následné péče. Klienti mohou využít kompenzačních pomůcek od speciálních nožů, příborů, nádobí, zapínačů knoflíků po pojízdné klozety, madla, chodítka aj. Někdy bývá klient přeložen do zařízení, jako je dům s pečovatelskou službou (dále jen DPS), domov důchodců (dále jen DD) či léčebna dlouhodobě nemocných (dále jen LDN), v případech, kdy rodina není schopna se o klienta postarat.

Musíme si uvědomit hluboký zásah nemoci do života klienta i jeho okolí. Nemocný se musí vyrovnat se změnami schopností, případně omezenými možnostmi v péči o sebe sama. Proto je nedílnou součástí i práce psychologa. Pomocnou ruku podávají také občanská sdružení a svépomocné organizace.

2.5.5 Výsledky léčby - prognóza

Cévní mozková příhoda ovlivňuje nemocného jak po stránce fyzické, tak po stránce psychické, emocionální. Cílem léčby je snaha o úplné uzdravení nebo alespoň minimalizaci následků nemoci. Průměrně 80% přežívajících nemocných se vrací do 6 měsíců domů. 15% nemocných je překládána na rehabilitační jednotky. Po roce od počátku nemoci bývá až jedna třetina nemocných nesamostatná v základních denních činnostech. Přibližně 80% nemocných trpí následně poruchou hybnosti, zmateností, až 70% lidí trpí po CMP poruchami nálad. Za zmínku stojí i poruchy polykání, vidění, bolesti v rameni, hlavy. (Feigin, 2007, s. 103-105, 121) Po 3 měsících po CMP lze očekávat až 20% úmrtnost. Recidivu onemocnění lze předpokládat do 10% v průběhu 1. měsíce a 25% během následujících 5 let. (Kalita, 2006, s. 567)

Zásadním zlepšením v péči o klienty s CMP je bezpochyby multidisciplinární zdravotní péče. Během posledních let došlo také k rozvoji a nalezení nových farmakologických, diagnostických a chirurgických metod.

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY PO CMP

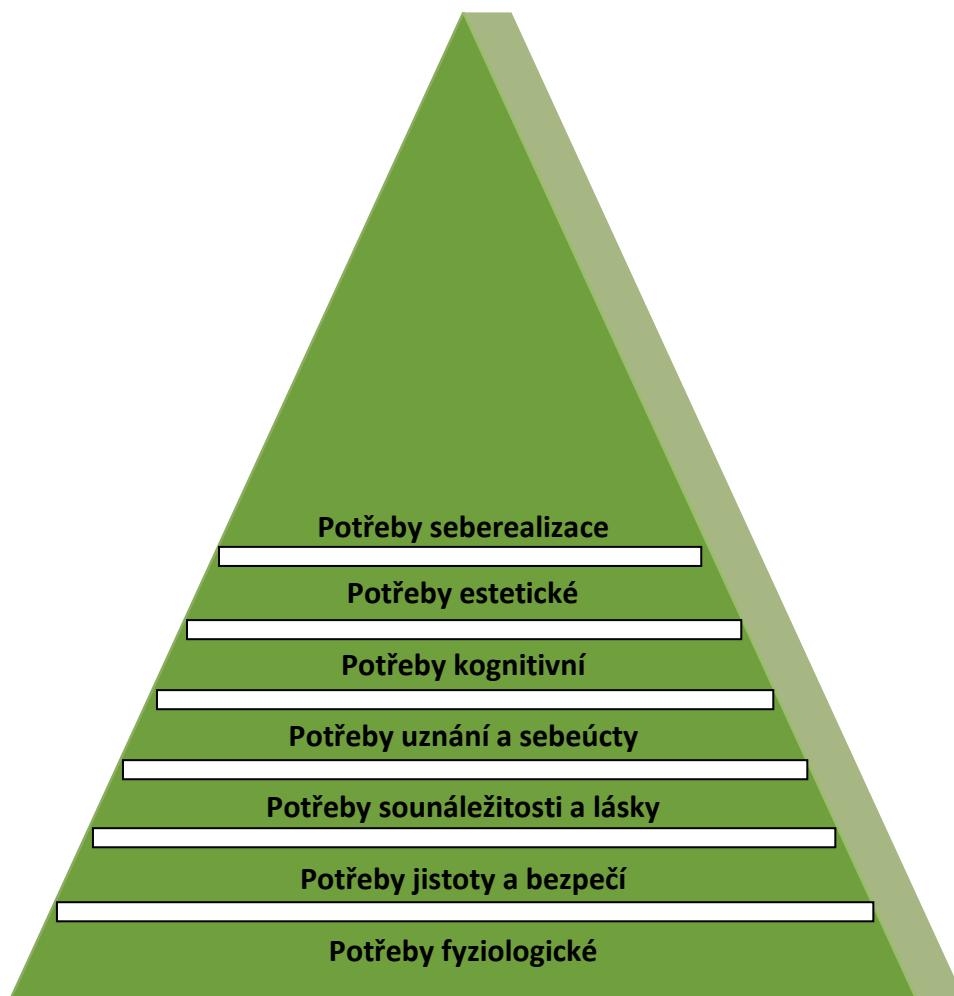
Cévní mozková příhoda je časté a závažné onemocnění. Musíme si uvědomit, že člověk s diagnózou CMP má ve většině případů omezenou schopnost pohybovat se, přijímat potravu, vyprazdňovat se apod. U 10 - 20% nemocných se při neadekvátní péči objevují dekubity během prvního měsíce, dále infekce močového ústrojí (cca 5%), hluboká žilní trombóza (cca 10%). V rámci kvalitní ošetrovatelské péče je nezbytné zabránit např. vzniku dekubitů, svalových kontraktur, ankylózám kloubů, aspiraci, poruchám vyprazdňování (zácpa), brát na zřetel rizikové faktory pro vznik infekce (např. permanentní katétr, venózní vstupy), bránit komplikacím z nedostatečné výživy apod. Proto je v moderním ošetrovatelství kladen důraz na uspokojování potřeb nemocného prostřednictvím ošetrovatelského procesu.

3.1 Potřeba

Potřeba je projev nedostatku, chybění. Potřeby nejsou stálé, vyvíjejí se, s přibývajícím věkem se mění z hlediska kvality a kvantity. Jsou určovány též kulturou. Jednotlivec je vyjadřuje a uspokojuje svým vlastním způsobem, buď žádoucím, kdy uspokojení potřeb neškodí jemu ani okolí, není v rozporu se zákonem a shoduje se s kulturně-sociálními hodnotami, či nežádoucím způsobem, kdy uspokojení potřeb může uškodit jedinci samému nebo okolí, je na hraně zákona nebo jej překračuje a neshoduje se s kulturně-sociálními hodnotami. Význam potřeby je biologický (stav narušené homeostázy), ekonomický (žádost, nutnost vlastnit určitý objekt) a psychologický (vyjadřuje psychický stav s nedostatky). Potřeby třídíme na biogenní, fyziologické a na psychogenní, sociogenní, psychologické. (Trachtová, 1999, s. 10)

Humanistický psycholog Abraham H. Maslow vytvořil hierarchii potřeb. Domníval se, že každý jedinec má individuální systém motivů hierarchicky uspořádaný. Potřeba je výrazem celého jedince. Podle Maslowa člověk málokdy dosáhne stavu úplného uspokojení, prakticky stále něco potřebuje. (Trachtová, 1999, s. 13-14)

Obr. č. 1 Maslowova hierarchie potřeb



Fyziologické potřeby řadíme k nižším potřebám. Slouží k přežití (potřeba pohybu, čistoty, výživy, vyprazdňování, spánku, kyslíku, sexuální potřeba). Objevují se při porušení homeostázy, mohou ovlivnit chování a jednání člověka. Potřeba jistoty a bezpečí patří také k nižším potřebám. Nutí nás vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. Zároveň vyjadřuje touhu po spolehlivosti, důvěře, stabilitě, osvobození od strachu a úzkosti. Objeví se v situaci ztráty pocitu životní jistoty. Ostatní potřeby řadíme k potřebám vyšším. Podle Maslowa čím vyšší je potřeba, tím méně je důležitá pro prosté přežití, její uspokojení lze odkládat. Na druhou stranu jejich uspokojení vede k hlubšímu pocitu štěstí, klidu a bohatství vnitřního života. Potřeba lásky a sounáležitosti se objevuje při osamocení a opuštění. Řadíme sem potřebu milovat a být milován, potřebu náklonnosti, sounáležitosti, integrace. Potřeba uznání a sebeúcty se objevuje ve snaze získat ztracené sociální hodnoty při ztrátě respektu, důvěry a nezávislosti. Do potřeb kognitivních řadíme potřeby poznávat, vědět, rozumět. Snažíme se realizovat své schopnosti a záměry, chceme být tím, kým si myslíme, že být můžeme.

(Trachtová, 1999, s. 13-15)

3.1.1 Potřeby a nemocný člověk

Ocitne-li se člověk v nemocnici, dostává se do situace, kdy je uspokojování potřeb znemožněno či znesnadněno vlivem celé řady faktorů. Mezi nejhlavnější faktory patří nemoc, individualita jedince, mezilidské vztahy, věk a okolnosti, za kterých nemoc vzniká.

Sama nemoc často brání uspokojování potřeb, je záludná a má spoustu tváří. Každý prožívá svou nemoc individuálně.

Určujícím vyjádřením individuality člověka je typologie (extrovert/introvert), emocionální stránka (stabilita/labilita) a odolnost vůči zátěži. Lidé s narušenou sebekoncepcí hůře uspokojují své potřeby a také si hůře uvědomují, zda potřeba byla či nebyla uspokojena. Ti, jež se poznají a váží si sami sebe, dobře identifikují své potřeby. Pobyt v nemocnici zasahuje do vztahů nemocného a rodinných příslušníků. Je ohrožena potřeba sounáležitosti a lásky. Nemocniční režim omezuje kontakt s příbuznými na určité hodiny. Právě v tento okamžik vstupuje na „scénu“ sestra nacházející se v blízkosti klienta. Schopnost signalizace potřeb v jednotlivých etapách vývoje není stejná. Největší potíže s vyjádřením svých potřeb mají zejména děti a staří lidé. V neposlední řadě potřeby ovlivňují okolnosti, za kterých nemoc vzniká. Člověk ležící v nemocnici uspokojuje své potřeby hůře než nemocný v domácím prostředí. Pro ošetřující personál je v péči o nemocné nezbytné znát potřeby, možnosti jejich uspokojování, využívat znalosti při edukacích nemocného, podporovat a chválit za sebemenší pokrok a úspěch. (Trachtová, 1999, s. 16-17)

3.2 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je základní metodický rámec umožňující individualizovaný přístup v ošetřování nemocného. Probíhá v 5 fázích. Nejprve sestra zhodnotí nemocného (zjišťuje informace, data od nemocného, příbuzných), stanoví ošetřovatelskou diagnózu, což je závěr provedený sestrou na základě anamnézy. Naplánuje ošetřovatelskou péči, kdy vytyčí strategii a intervence s cílem, kterého chce u klienta dosáhnout. Provede navržená opatření a nakonec zhodnotí efekt poskytnuté péče. Každý klient má zavedenou vlastní dokumentaci s ošetřovatelským záznamem a individuálním plánem péče. Na realizaci plánu se podílí celý ošetřovatelský tým. (České ošetřovatelství 2., 1998, s. 22-23)

3.2.1 Nejčastější ošetrovatelské problémy u klientů po CMP

Ošetrovatelské problémy vyskytující se u klientů po CMP mohou být rozličné a odvíjí se od druhu a hloubky poškození. K základním a nejčastěji se vyskytujícím ošetrovatelským problémům patří porušené polykání, nedostatečná výživa, deficit tělesných tekutin, reflexní inkontinence moči, inkontinence stolice, zácpa, porušený spánek, zhoršená pohyblivost, porušená chůze, únava, deficit sebepečce, opomíjení jedné strany, porucha smyslového vnímání, deficitní znalost, zhoršená verbální komunikace, porušená osobní identita, porušený tělesný obraz, přerušovaný život rodiny, sexuální dysfunkce, strach, úzkost, riziko infekce, riziko pádů, riziko porušení kožní integrity, akutní bolest, neefektivní léčebný režim.

3.2.2 Zásady ošetrovatelské péče po CMP

Ošetrovatelská péče se odvíjí od hloubky a rozsahu postižení. Provádí se dle platného standardu. Na ošetrovatelské péči se podílejí všichni nelékařští zdravotničtí pracovníci. Péče je individuální, „šitá na míru“.

A. Biologické potřeby

Klient s podezřením či již diagnostikovanou CMP je ukládán na ARO (anesteziologicko-resuscitační oddělení), JIP či standardní ošetrovací jednotku interního oddělení, v některých nemocničních zařízeních jsou zřízené iktové jednotky.

Poloha a pohybový režim

V akutní fázi má klient klid na lůžku. Lůžko je přístupné ze tří stran, klienta ukládáme postiženou stranou do uličky. Samozřejmostí je dostupné signalizační zařízení.

Při hemoragické CMP se elevuje hlava 30° nad podložku, nevertikalizuje se - tato možnost podle stavu, velikosti ložiska a kontrolního nálezu CT - posazuje se a po 3 týdnech postavuje. Nezbytné je polohování nemocného dle platného standardu. Klienti upoutaní na lůžko mají nasazené elastické punčochy (bandáže) jako prevence trombembolické nemoci (dále jen TEN). Bráníme rozvoji imobilizačního syndromu. Provádíme ve spolupráci s fyzioterapeutem cviky na lůžku. Co nejdříve vertikalizujeme. Předcházíme vzniku pádu a úrazu.

Monitorace

Intenzita monitorace je závislá na postižení zdraví klienta. Monitorujeme a kontrolujeme základní životní funkce, průchodnost dýchacích cest, příznaky onemocnění (do 72 hodin je zvýšené riziko edému mozku), účinky léků, výsledky vyšetření (změny ihned hlásit lékaři). Hodnotíme stav hydratace a příjem potravy (bilance tekutin a stravy), vyprazdňování moči a stolice, stav pokožky, psychický stav klienta, průběh rehabilitace.

Hygienická péče

V akutní fázi přebírá péči sestra. Zásadní význam má péče o pokožku. Tu udržujeme v suchu, čistotě, podle potřeby měníme ložní i osobní prádlo. Používáme zvláčňující sprchové gely, pokožku ošetřujeme krémy. Pokud je to možné, do péče zapojíme nemocného. Používáním antidekubitárních pomůcek a polohováním bráníme vzniku dekubitů, důkladným ošetřováním dvou stýkajících se kožních ploch předcházíme vzniku opruzenin. Pečujeme o dutinu ústní, používáme pomůcky určené pro zvláštní péči o dutinu ústní. Péči provádíme několikrát denně. Oči se vykapávají očními kapkami, na noc dáváme oční mast.

Výživa

Výživa je v akutní fázi parenterální. Infuzní roztoky podáváme dle ordinace lékaře. Někteří pacienti mají zavedenou nasogastrickou (NGS) nebo nasojejunální (NJS) sondu. Stravu podáváme v časových intervalech dle platného standardu. Po odstranění sondy se začíná mixovanou stravou, podle stavu se přechází na tužší konzistenci. Dodržujeme zásady stravování (teplá, úhledná strava, krájíme před pacientem, ...). Podpořit nutriční hodnotu stravy můžeme podáváním sippingu (tekutá nutriční výživa). Nezapomínáme na pitný režim. Po CMP trpí určité % klientů obtížným polykáním. Při nešetrném podávání stravy hrozí aspirace (vdechnutí) potravy. Poloha je vpolosedě, na nemocného nespěcháme, podáváme menší kousky, dovolíme zapíjet jednotlivá sousta.

Vyprazdňování

Klienti dle zdravotního stavu mají zaveden permanentní močový katétr (dále jen PMK) k přesnému sledování diurézy. Dodržujeme zásady péče o PMK. Pokud je klient schopen vyprázdnit se sám nebo s pomocí, umožníme použití pomůcek (močová lahev, podložní mísa, pojízdný klozet, madla). Sledujeme možné příměsi v moči a změny hlásíme lékaři. Frekvenci stolice monitorujeme. Střevní motilita je snižena, stolice u většiny klientů upoutaných na lůžko odchází v delších intervalech (5 - 7 dnů). V rámci ošetrovatelské péče pomýšlíme na riziko zácpy, předcházíme jí. Sledujeme zároveň odchod plynů.

Odpočinek a spánek

Každá nemoc mění svým způsobem spánek i odpočinek. Klienty trápí subjektivní i objektivní potíže (bolest, strach, úzkost, aj.), změna režimu (upoutání na lůžku, pospávání během dne, buzení v noci, přítomnost jiných nemocných, aj.). Vhodné je uspořádat péči tak, aby měl pacient k dispozici nepřerušovaná období pro odpočinek, zejména delší období pro spánek v noční době. Snažme se většinu ošetřování provádět tak, aby nebylo nutno pacienta budit. Před spaním se postaráme o klidné prostředí a přiměřený komfort (masáž zad, omytí rukou a obličeje, vypnutí prostěradla a urovnání lůžka). Vyzkoušíme různé způsoby, jak zlepšit spaní. Podáváme léky proti bolesti (jsou-li indikovány), léky na spaní dle ordinace lékaře.

B. Psychosociální potřeby

Snažíme se navázat s klientem adekvátní komunikaci. Respektujeme negativistické projevy nemocného. Pokud je to možné, zapojíme do procesu uzdravení rodinu. Edukujeme ji o zásadách péče o nemocného.

3.2.3 Vzor ošetřovatelského plánu

64letý muž, přijatý na akutní lůžka interního oddělení LN Rumburk pro podezření na CMP s levostrannou hemiparézou 6 hodin od vzniku potíží (bolesti hlavy, parestezie, poruchy hybnosti, cítí levé poloviny těla). Pro tuto diagnózu je hospitalizován podruhé. Přivezen RLP (rychlá lékařská pomoc). Je při vědomí, má zhoršenou výslovnost, rozumí. Poloha nemocného je pasivní, ve výživě je částečně soběstačný, ve vyprazdňování moči a stolice je nesoběstačný. Dieta 1 (kašovitá), dekubity nemá. Má zaveden PMK, periferní žilní katétr. Cítí se unavený, pospává během dne. Léčí se s hypertenzí (Lusopress 1 - 0 - 0), jiné nemoci neudává. V nemocnici provedena nezbytná vyšetření, dle ordinace lékaře aplikován 3x denně Heparin 5000 j. s. c., 1x denně 500 ml F1/1 + 1 ampule MgSO₄ 20% + 2 ampule Oxantilu + 2 ampule Geratamu, 3x 80 ml 20% Manitolu i. v. během prvních 24 hodin.

Fyzikální vyšetření sestrou

a) fyzikální screeningové vyšetření:

hlava - vlasy mastné, lehce prošedivělé, nevypadávají; oční skléry bez zabarvení, v normě; ústa fyziologické barvy, bez známek poškození sliznic; chrup vlastní; jazyk fyziologický, plazí se vpravo;

krk - polykání s potíží (pocit váznutí sousta); pálení žáhy neudává, říhání nejuje; štítná žláza, uzliny v normě;

hrudník - dýchací pohyby pravidelné, fyziologické; tvar hrudníku fyziologický, symetrický; prsa nebolestivá;

břicho - bolestivost, vzdušnost nepřítomna; plynatost je normální, borborygmy neudává;

páteř - držení těla patologické; poloha nemocného pasivní; porucha sedu, chůze přítomna;

končetiny - pohyblivost zhoršená (levostranná hemiparéza); svalový tonus snížený; stisk ruky ochablý na levé horní končetině (dále jen LHK); zvednutí předmětu ne LHK; ztráta končetin není; bolest levého ramene (VAS - vizuální analogová škála - 4); otoky nejsou;

rány - ne;

kůže - suchá, barva fyziologická; změny pigmentace nejsou, strie nemá; kožní turgor v normě, pocení fyziologické;

nehty - lomivost není, změny tvaru ne;

b) kognitivní funkce se zaměřením na mentální stav:

vědomí - při vědomí, orientovaný;

vnímání - bez známek poruch vnímání;

slovní zásoba - přiměřená k věku;

řeč - zhoršená výslovnost vzhledem k postižení, rozumí;

myšlení - kritické, logické;

paměť - bez zjevných problémů;

intelligence - bez zjevných známek poruch;

c) kognitivní funkce se zaměřením na emocionální stav:

emotivita - úzkostná;

schopnost navázání vztahu s ostatními - bezproblémově navazuje vztah;

d) kognitivní funkce se zaměřením na smyslové vnímání:

zrak - krátkozrakost;

oční kontakt - udrží oční kontakt;

sluch - bez problémů, v normě;

chut' - bez problémů, v normě;

hmat - paréza;

e) fyziologické funkce:

TK - 140/80 (léčená hypertenze);

TT - 36,7°C (fyziologická hodnota);

P - 76/min (fyziologická hodnota);

D - 16/min (fyziologická hodnota);

f) stav výživy:

tělesná hmotnost: nelze zvážit;

výška měřena vleže: 182 cm;

BMI - nelze zhodnotit.

Tabulka č. 1 Ošetrovatelský plán

Ošetrovatelská diagnóza	Ošetrovatelský cíl	Ošetrovatelské intervence
<p>Dg. doména: Aktivita - odpočinek</p> <p>Třída: Sebepéče</p> <p>Oš. dg.: Deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku, při koupání a hygieně, při jídle, při vyprazdňování se stupněm 3 (viz příloha č. 3)</p> <p>Číselný kód:</p> <p>00109, 00108, 00102, 00110</p> <p>P:</p> <p>Deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku, při koupání a hygieně, při jídle, při vyprazdňování</p> <p>E:</p> <p>Změna zdravotního stavu, bolest, porušená schopnost přesunu, porucha mobility</p> <p>S:</p> <p>subjektivně</p> <ul style="list-style-type: none"> - slabost - nedostatek energie <p>objektivně</p> <p>nesoběstačnost:</p> <ul style="list-style-type: none"> - při příjmu potravy, mytí - osobní hygieně, oblékání - v péči o vyprazdňování 	<p>Provádět péči o sebe sama na úrovni svých schopností</p>	<ul style="list-style-type: none"> - vypracujte ošetrovatelský plán podle individuální situace - upravte režim tak, aby se přiblížil běžnému režimu pacienta - povšimněte si souběžných zdravotních problémů, mající vliv na péči (bolest, únava) - vyhrad'te si čas na vyslechnutí pacienta - asistujte při rehabilitačním programu ke zlepšení schopností - při úkonech osobní péče dbejte soukromí - poskytněte nemocnému dostatek času, aby mohl dokončit úkol v celém rozsahu svých schopností - dle potřeby obstarajte pomůcky - snažte se podávat pokrmy a nápoje podle chuti a stavu nemocného, které současně odpovídají požadavkům výživy

<p>Dg. doména: Aktivita - odpočinek</p> <p>Třída: Aktivita - pohyb</p> <p>Oš. dg.: Zhoršená pohyblivost</p> <p>Číselný kód: 00085</p> <p>P:</p> <p>Zhoršená pohyblivost</p> <p>E:</p> <p>Změna zdravotního stavu, bolest</p> <p>S:</p> <p>subjektivně</p> <ul style="list-style-type: none"> - stížnost na bolest - nepohodlí při pohybu <p>objektivně</p> <ul style="list-style-type: none"> - omezený rozsah pohybů - omezená schopnost vykonávat hrubé, jemné motorické dovednosti - obtíže při otáčení - neschopnost přemístit se 	<p>Vyjádřit pochopení situace, individuálního léčebného režimu a zajistit bezpečnost</p>	<ul style="list-style-type: none"> - určete stupeň pohyblivosti - povšimněte si emoční stránky klienta a jeho odpovědi na imobilitu - využívejte různých polohovacích a ortopedických pomůcek na podporu postižené části těla/klobů, aby se co nejvíce udržela funkce a zabránilo vzniku otlaků - pravidelně pečujte o kůži včetně ošetřování oblastí vystavených tlaku - pobízejte nemocného k pití a příjmu výživných potravin - pečujte o jeho pohodu a maximální mobilizaci energie
	<p>Osvojit si postupy/způsoby, umožňující opětovné provádění činností</p>	<ul style="list-style-type: none"> - podejte návod, jak používat závěsné hrazdy a další pomůcky ke změně polohy - poskytněte pacientovi dostatek času na provedení různých pohybových úkonů - pobízejte ho k účasti na péči o sebe sama, posilujte jeho sebepojetí a vnímání nezávislosti - doporučte, jak provádět různé denní úkony a šetřit při tom energii - postupujte podle rozvrhu, zahrnujícího dostatečná období odpočinku během dne, aby se zmírnila únava - dle indikace se obraťte na fyzioterapeuta, aby pro pacienta připravil individuální cvičení/pohybový program a doporučil vhodné pomůcky

<p>Dg. doména: Komfort</p> <p>Třída: Tělesný komfort</p> <p>Oš. dg.: Akutní bolest</p> <p>Číselný kód: 00132</p> <p>P:</p> <p>Akutní bolest</p> <p>E:</p> <p>Akutní postižení, změna zdravotního stavu</p> <p>S:</p> <p>subjektivně</p> <ul style="list-style-type: none"> - vyslovená stížnost - porušená schopnost pokračovat v dřívějších činnostech - únava, změny ve spánku <p>objektivně</p> <ul style="list-style-type: none"> - naučené chování - výraz bolesti ve tváři - VAS s výsledkem 4 (viz příloha č. 4) 	<p>Zmírnit bolest</p>	<ul style="list-style-type: none"> - proveďte zhodnocení bolesti na VAS včetně lokalizace, charakteru - pátrejte po vyvolávajících faktorech - povšimněte si vlivu bolesti na životní způsob - zkoumejte využití nefarmakologických metod ke zvládnutí bolesti (podložení končetin při odpočinku, při spánku, promazávání bolestivé oblasti gelem proti bolesti, ...) - doporučte klientovi střídání odpočinku a námahy - doporučte stimulaci mozku pomocí aktivit (smích, hudba, přátelský rozhovor) - pravidelně sledujte, zda se bolest mění - dle ordinace podávejte analgetika
	<p>Naučit se metodám, jak zmírnit bolest</p>	<ul style="list-style-type: none"> - zkoumejte využití nefarmakologických metod ke zvládnutí bolesti (podložení končetin při odpočinku, při spánku, promazávání bolestivé oblasti gelem proti bolesti, ...) - doporučte klientovi střídání odpočinku a námahy - doporučte stimulaci mozku pomocí aktivit (smích, hudba, přátelský rozhovor) - zprostředkujte individuální fyzikální rehabilitaci - sledujte, zda se bolest mění

<p>Dg. doména: Výživa</p> <p>Třída: Přijímání potravy</p> <p>Oš. dg.: Porušené polykání</p> <p>Číselný kód: 00103</p> <p>P:</p> <p>Porušené polykání</p> <p>E:</p> <p>Změna zdravotního stavu</p> <p>S:</p> <p>subjektivně</p> <ul style="list-style-type: none"> - vyslovená stížnost <p>objektivně</p> <ul style="list-style-type: none"> - nedostatečné žvýkání - kašlání - klient dlouho jí 	<p>Nalézt individuálně vhodné intervence ke zlepšení příjmu a prevence aspirace</p>	<ul style="list-style-type: none"> - posuďte stav smyslů a vnímání - zhodnoťte schopnost polykat malé doušky vody - během krmení posaďte klienta s hlavou natočenou k nepostižené straně a jídlo vkládejte při této straně - připomínejte žvýkání a polykání, aby se klient více soustředil - podávejte stravu upravenou, teplou, vhodné konzistence - kontrolujte dutinu ústní, zda došlo k polknutí - nespíchejte, prokládejte sousta tekutinami - pravidelně procvičujte s klientem obličejové svaly
<p>Dg. doména: Aktivita - odpočinek</p> <p>Třída: Spánek - odpočinek</p> <p>Oš. dg.: Porušený spánek</p> <p>Číselný kód: 00095</p> <p>P:</p> <p>Porušený spánek</p> <p>E:</p> <p>Změna zdravotního stavu, omezení pohybu, vliv prostředí</p> <p>S:</p> <p>subjektivně</p> <ul style="list-style-type: none"> - stížností na nedostatečné odpočinutí, neuspokojení spánkem <p>objektivně</p> <ul style="list-style-type: none"> - kratší celková doba spánku - ospávání během dne 	<p>Zlepšit spánek a odpočinek</p>	<ul style="list-style-type: none"> - přihlédněte ke stavům přispívající k poruchám spánku (bolest, strach) - uspořádejte péči tak, aby měl pacient k dispozici nepřerušovaná období pro odpočinek, zejména delší období pro spánek v noční době - snažte se většinu ošetřování provádět tak, aby nebylo nutno pacienta budit - před spaním se postarejte o klidné prostředí a přiměřený komfort (masáž zad, omytí rukou a obličeje, vypnutí prostěradla a urovnání lůžka) - vyzkoušejte různé způsoby, jak zlepšit spaní - podávejte léky proti bolesti (jsou-li indikovány) - podávejte léky na spaní dle ordinace lékaře

<p>Dg. doména: Aktivita - odpočinek</p> <p>Třída: Energetická rovnováha</p> <p>Oš. dg.: Únava</p> <p>Číselný kód: 00093</p> <p>P:</p> <p>Únava</p> <p>E:</p> <p>Změna zdravotního stavu, změna prostředí</p> <p>S:</p> <p>subjektivně</p> <ul style="list-style-type: none"> - pocit chybění energie <p>objektivně</p> <ul style="list-style-type: none"> - ospalost, snížený výkon 	<p>Vykonávat běžné každodenní činnosti a účastnit se žádoucích aktivit v míře, která je možná</p>	<ul style="list-style-type: none"> - plánujte péči tak, aby nemocný měl dostatek času k nerušenému odpočinku - v rozvrhu aktivit berte ohled na období, kdy má nejvíce energie, aby se mohl programu co nejaktivněji účastnit - povzbuzujte nemocného k tomu, aby sám prováděl vše, co je v jeho silách - dle tolerance zvyšujte hladinu aktivity - vytvářejte prostředí zmírňující únavu známými faktory, které mají vliv na vyčerpání (teplota a vlhkost vzduchu)
<p>Dg. doména: Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu</p> <p>Třída: Reakce na zvládání zátěže</p> <p>Oš. dg.: Strach</p> <p>Číselný kód: 00148</p> <p>P:</p> <p>Strach</p> <p>E:</p> <p>Zdravotní stav, změna zdravotního stavu</p> <p>S:</p> <p>subjektivně</p> <ul style="list-style-type: none"> - zvýšené napětí - vyslovená stížnost <p>objektivně</p> <ul style="list-style-type: none"> - zvýšené napětí 	<p>Pochopit strach a diskutovat o něm</p>	<ul style="list-style-type: none"> - posuďte stupeň strachu a reálné hrozby - srovnajte slovní a mimoslovní odpovědi a posuďte případné rozdíly - buďte klientovi nablízku nejen v náročných situacích - dejte příležitost k otázkám a odpovídejte na ně (nebo kompetentní osoba) - podávejte léky proti úzkosti, jsou-li ordinovány - naučte klienta relaxaci - dle indikace doporučte podpůrné skupiny

Dg. doména: Aktivita - odpočinek Třída: Aktivita - pohyb Oš. dg.: Riziko imobilizačního syndromu Číselný kód: 00040 P: Riziko imobilizačního syndromu RF: - změna zdravotního stavu - bolest - ochrnutí	Udržet optimální stav pokožky	<ul style="list-style-type: none"> - polohujte klienta dle indikace, vysvětlete význam polohování a povzbuzujte jej k iniciativě - pečlivě kontrolujte stav kůže nad kostními výběžky - pečujte o kůži denně a vždy, když je zapotřebí, omytá místa dokonale osušte, namáhané oblasti jemně masírujte a vetřete prostředek na prokrvení - používejte pomůcky ke zmírnění tlaku, pravidelně měňte polohu pacienta, aby se ulevilo tlaku
	Zabránit vzniku dýchacích obtíží, osvojit si dýchací cvičení	<ul style="list-style-type: none"> - pobízejte pacienta ke změně polohy, ke kašli a k hlubokému dýchání - vysvětlete význam a způsob používání pomůcek na zefektivnění dýchání (dýchání proti odporu) a dohlédněte na pravidelná dechová cvičení
	Udržet efektivní vyprazdňování moče a stolice	<ul style="list-style-type: none"> - sledujte diurézu a charakter močení - dbejte na vyváženou stravu s dostatkem zeleniny s vysokým obsahem vlákniny - zabezpečte dostatečný přísun tekutin a sledujte na dodržování pitného režimu - co nejdříve začněte s pohybem pacienta, povzbuzujte jej a vysvětlete nutnost pravidelného pohybu vzhledem k vylučování - v případě potřeby nabídněte léky ke změkčení a snazšímu vylučování stolice - dodržujte intimitu při vyprazdňování

<p>Dg. doména: Bezpečnost - ochrana</p> <p>Třída: Tělesné poškození</p> <p>Oš. dg.: Riziko pádů</p> <p>Číselný kód: 00155</p> <p>P:</p> <p>Riziko pádů</p> <p>RF:</p> <p>vnitřní</p> <ul style="list-style-type: none"> - slabost - potíže s rovnováhou - zhoršená koordinace - hodnocení rizika pádů <p>s výsledkem 5 (viz příloha č. 6)</p>	<p>U klienta nedojde k pádu</p>	<ul style="list-style-type: none"> - zhodnoťte stupeň obratnosti - posuďte náladu, schopnost řešit problémy, které mohou vést k neopatrnosti - posuďte svalovou sílu, hrubou a jemnou motoriku - podejte informace o stavech spojených se zvýšeným rizikem poranění - určete pomůcky ke zlepšení bezpečnosti prostředí i individuální bezpečnosti (zábrany na noc, signalizační zařízení, hrazda, ...)
<p>Dg. doména: Vylučování a výměna</p> <p>Třída: GIT funkce</p> <p>Oš. dg.: Riziko zácpy</p> <p>Číselný kód: 00015</p> <p>P:</p> <p>Riziko zácpy</p> <p>RF:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nedostatek fyzické aktivity - změny prostředí - snížená motilita GIT 	<p>Udržet normální fungování a vyprazdňování střev</p>	<ul style="list-style-type: none"> - sledujte střevní činnost (poslech, pohmat) - zhodnoťte zdravotní stav (hydrataci, stav výživy, věk, ...) a dosavadní činnost střev (jak často se klient vyprazdňoval) - poučte klienta o nutnosti dostatečné hydratace a o ovlivňujících faktorech - doporučte klientovi nápoje s vlákninou, dužinou, vlažné nápoje, kompoty, měkké ovoce - vysvětlete nutnost dostatečného pohybu - sledujte množství, tvar, barvu stolice - dle potřeby a indikace podávejte změkčovačla stolice

<p>Dg. doména: Bezpečnost - ochrana</p> <p>Třída: Infekce</p> <p>Oš. dg.: Riziko infekce</p> <p>Číselný kód: 00004</p> <p>P:</p> <p>Riziko infekce</p> <p>RF:</p> <ul style="list-style-type: none"> - periferní kanyla - permanentní katétr - suchá pokožka 	<p>Najít způsoby, jak předcházet infekci nebo snížit riziko jejího vzniku</p>	<ul style="list-style-type: none"> - pátrejte po místních známkách infekce v místě vstupu kanyly, permanentního katétru - provádějte pravidelně aseptické převazy kanyly - sledujte bolestivost v okolí vstupu kanyly - pravidelně pečujte o močový katétr - pravidelně pečujte o pokožku - zamezte vzniku opruzenin, dekubitů
<p>Dg. doména: Výživa</p> <p>Třída: Hydratace</p> <p>Oš. dg.: Riziko deficitu tělesných tekutin</p> <p>Číselný kód: 00028</p> <p>P:</p> <p>Riziko deficitu tělesných tekutin</p> <p>RF:</p> <ul style="list-style-type: none"> - poruchy polykání - zhoršená sebeobsluha 	<p>Chovat se tak, aby nedošlo ke snížení objemu tělesných tekutin</p>	<ul style="list-style-type: none"> - posuďte zdravotní stav (věk, stav výživy, hodnoty FF) - sledujte laboratorní výsledky - sledujte u klienta hmotnost, kontrolujte tělesné objemy - zaveďte bilanci tekutin a stravy - tekutiny dejte k postižené straně - zvolte vhodnou nádobu na pití - pobízejte klienta k častějšímu pití (i po malých porcích) - posuzujte kožní turgor, stav sliznic - sledujte odchod stolice (průjem x zácpa) - nesrovnalosti hlase ihned lékaři

EMPIRICKÁ ČÁST

4 CÍL VÝZKUMU

Cílem empirického šetření je zjistit spokojenost klientů po CMP s poskytovanou ošetrovatelskou péčí během pobytu v nemocničním zařízení. Výstupem do praxe bude, co bychom mohli zlepšit v dané problematice. Zkoumanými okruhy problémů jsou poskytovaná péče o klienta od počátku hospitalizace (hygienická péče, sebepéče, pomůcky, aj.), komunikace se zdravotnickým personálem, poskytování informací o zdravotním stavu, psychický stav klientů, rodinné zázemí, prevence imobilizačního syndromu, nutriční podpora, význam fyzioterapie, spolupráce s pečovatelskou službou.

5 METODIKA VÝZKUMU

Výzkumnou metodou bylo dotazníkové šetření zaměřené na kvalitu ošetrovatelské péče u klientů po cévní mozkové příhodě. Respondenti měli možnost volit odpověď z nabízených možností. U některých otázek byla možnost vlastní odpovědi. Dotazník je rozdělen do dvou částí.

Část A shrnovala základní informace o klientovi (oddělení, pohlaví, věk, rodinný stav, povolání, počet hospitalizací pro stejnou diagnózu, den hospitalizace, kým byl přivezen, v jakém časovém horizontu, tělesné postižení, porucha řeči, využití kompenzačních pomůcek, poloha, dekubity, dieta, soběstačnost ve výživě, ve vyprazdňování moči a stolice).

Část B obsahovala celkem 29 otázek. Pomocí otázek jsem zjišťovala, jak byl klient spokojen s přijetím do nemocničního zařízení, dále kvalitu ošetrovatelské péče z pohledu klienta (chování personálu, nácvik sebedpěče, kompenzační pomůcky, možnosti říci si o pomoc, hygienická péče, intimita, bolest). Dále jsem se ptala na stravování, na rehabilitaci, spojení s rodinou, s kým klient žije, zda využívá služeb agentur domácí péče. V poslední otázce se mohl klient vyjádřit, co by doporučil ke zlepšení péče v nemocnici.

Výsledná data jsou zahrnuta do grafů a tabulek s kvantitativním a kvalitativním hodnocením.

6 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU

Empirické šetření bylo prováděno na interním oddělení (JIP, akutní lůžka, ošetrovatelská lůžka) Lužické nemocnice v Rumburku se souhlasem hlavní sestry nemocnice.

Respondenty byli klienti, u kterých proběhla jakákoli forma CMP.

Počet osob byl 50 ve věkovém rozmezí 25 a více. Šetření bylo prováděno v období od 11/2009 do 3/2010.

7 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Část A:

Tabulka č. 1 - Vstupní údaje

oddělení	interní JIP			akutní lůžka		ošetřovatelská lůžka			
	2			28		20			
pohlaví	ženské					mužské			
	36					14			
věk	25 - 39			40 - 54		55 - 69		70 a více	
	1			6		17		26	
rodinný stav	vdaná/ženatý			vdova/vdovec		svobodná/ý		rozvedená/ý	
	23			24		2		1	
povolání	důchodce			pracující		nezaměstnaný/á			
	42			7		1			
hospitalizace	poprvé			opakovaně					
	32			18					
počet dnů	1 - 5 dnů			6 - 10 dnů		11 - 15 dnů		déle	
	24			14		6		6	
přivezen	RZP			rodinou		jiná možnost			
	40			9		1 - příhoda v nemocnici			
časový horizont	do 6 ti hodin			do 10 ti hodin		déle jak 24 hodin		v nemocnici	
	36			5		8		1	
tělesné postižení	L hemi paréza	L mono paréza	L hemi plegie	P hemi paréza	P mono paréza	P mono plegie	P hemi plegie	bez postižení	
	13	3	8	7	6	3	2	8	
porucha řeči	motorická afázie			senzorická afázie		žádná			
	11			1		38			

kompenzace	používá					nepoužívá	
	20					30	
poloha	aktivní					pasivní	
	31					19	
dekubity	ano					ne	
	10					40	
dieta	č. 3	č. 9	č. 9/1	č. 1	č. 2	č. 7	NGS
	20	20	1	4	2	2	1
soběstač nost výživa	soběstačný		částečně soběstačný			nesoběstačný	
	21		22			7	
soběstač nost močení	soběstačný		částečně soběstačný			nesoběstačný	
	16		9			25	
soběstač nost stolice	soběstačný		částečně soběstačný			nesoběstačný	
	17		11			22	

Komentář k tabulce č. 1

- 2 dotazovaní klienti byli hospitalizováni na JIP, 28 na akutních lůžkách a 20 na ošetrovatelských lůžkách,
- žen bylo 36 a mužů 24; věkové rozmezí a) 1, b) 6, c) 17 a d) 26 klientů,
- ženatých/vdaných bylo 23 klientů, vdova/vdovec 24 klientů, 1 klient byl rozvedený a svobodní byli 2 klienti,
- 42 klientů byli důchodci, 7 klientů pracovalo a 1 klient byl nezaměstnaný,
- 32 klientů bylo pro stejnou diagnózu hospitalizováno poprvé a 18 opakovaně,
- 24 klientů při vyplňování dotazníků leželo v nemocnici 1 - 5 dnů, 14 klientů 6 - 10 dnů, 6 klientů 11 - 15 dnů a 6 klientů déle než 15 dnů,
- rychlou záchrannou službou bylo přivezeno 40 respondentů, 9 přivezli rodinní příslušníci a 1 klient měl příhodu v nemocnici,
- do 6 hodin od počátku vzniku potíží bylo přivezeno 36 klientů, do 10 hodin 5 klientů, déle jak do 24 hodin 8 klientů a 1 klient měl příhodu v nemocnici,
- u 13 klientů se jednalo o L hemiparézu, L hemiplegií bylo postiženo 8 klientů, L monoparézou 3 klienti, P hemiparézu mělo 7 klientů, P hemiplegii měli 2 klienti, P monoparézou 6 klientů, P monoplegii 3 klienti a 8 klientů bylo bez tělesného postižení,
- motorická afázie se vyskytla u 11 klientů, senzorická afázie u 1 klienta a 38 klientů bylo bez poruchy řeči,
- kompenzační pomůcky užívalo 18 klientů a 32 je neužívalo,
- poloha byla u 31 klientů aktivní a u 19 klientů pasivní,
- dekubity mělo 10 klientů a 40 klientů je nemělo,
- dietu č. 3 mělo 20 klientů, č. 9 20 klientů, č. 9/1 1 klient, č. 1 4 klienti, č. 2 2 klienti, č. 7 2 klienti a nasogastrickou sondu měl 1 klient,
- soběstačných ve výživě bylo 21 klientů, částečně 22 klientů a nesoběstační bylo 7 klientů,
- soběstačných ve vyprazdňování moči bylo 16 klientů, částečně 9 a nesoběstačných bylo 25 klientů,
- soběstačných ve vyprazdňování stolice bylo 17 klientů, částečně 11 a nesoběstačných bylo 22 klientů.

Část B:

Otázka č. 1 Myslíte si, že jste dostatečně informován/a o svém zdravotním stavu?

Tabulka č. 2 - Informovanost o zdravotním stavu

informace mi nechybí	23
chybí mi spousta informací	5
nevím	18
nechci se vyjadřovat	4

Graf č. 1 - Informovanost o zdravotním stavu



Z celkového počtu 50 klientů (100%) 23 respondentům, tj. 46%, nechybí informace o zdravotním stavu, oproti tomu 5 dotazovaným, tj. 10%, chybí spousta informací. 18 klientů (36%) neví, zda jsou dostatečně informováni a 4 (8%) se nechtějí vyjadřovat.

Otázka č. 2 Jak vnímáte svůj zdravotní stav?

Tabulka č. 3 - Vnímání zdravotního stavu

jako uspokojivý	6
obávám se, co bude dál	28
ještě jsem nad tím nepřemýšlel/a	11
vlastní odpověď	5

Graf č. 2 - Vnímání zdravotního stavu



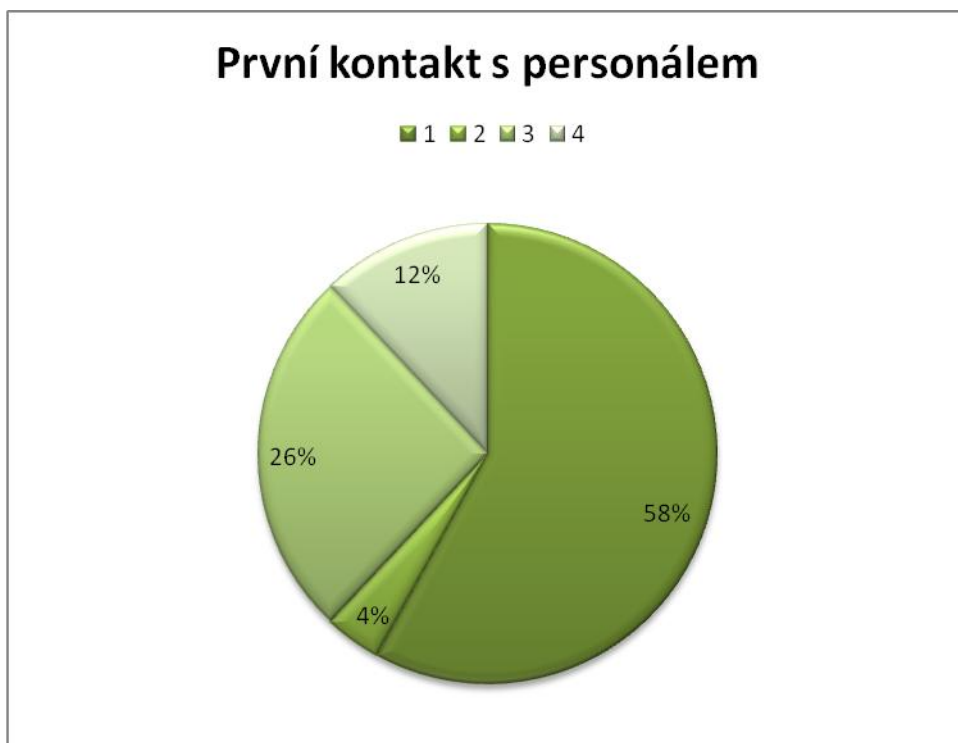
Z celkového počtu 50 klientů (100%) 6 respondentů (12%) vnímá svůj zdravotní stav jako uspokojivý, 28 klientů, tj. 56%, se obává, co bude dál. 11 dotazovaných (22%) nad svým zdravotním stavem ještě nepřemýšlelo. 5 klientů (10%) zvolilo vlastní odpověď - 3 chápou svůj zdravotní stav jako neuspokojivý a 2 z nich se budou snažit vlastní vůlí problém řešit.

Otázka č. 3 Při prvním kontaktu se zdravotnickým personálem:

Tabulka č. 4 - První kontakt s personálem

byl/a jsem mile překvapen/a přístupem	29
nebyl/a jsem spokojen/a s přístupem	2
nevzpomínám si	13
nechci se vyjadřovat	6

Graf č. 3 - První kontakt s personálem



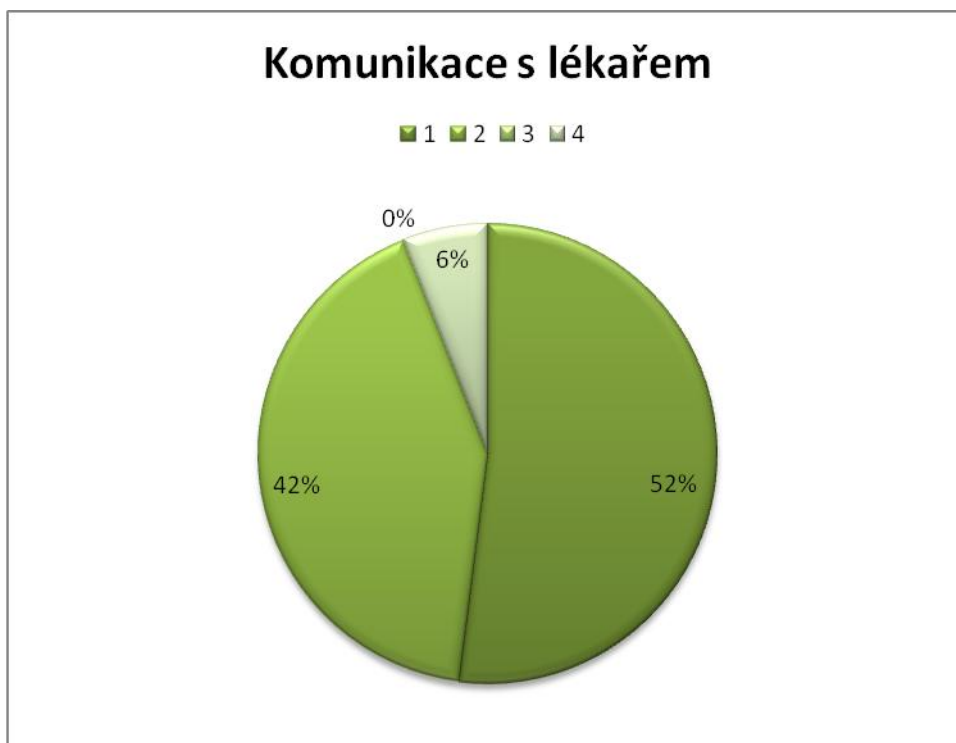
Z celkového počtu 50 klientů (100%) 29 klientů, tj. 58%, bylo při prvním kontaktu se zdravotnickým personálem mile překvapeno přístupem. 2 respondenti (4%) nebyli spokojeni. 13 klientů (26%) si nevzpomíná a 6 dotazovaných (12%) se nechce vyjadřovat.

Otázka č. 4 Hovořil s Vámi Váš ošetřující lékař způsobem, kterému jste rozuměl/a?

Tabulka č. 5 - Komunikace s lékařem

všemu jsem rozuměl/a	26
moc jsem mu nerozuměl/a	21
nechci se vyjadřovat	0
vlastní odpověď	3

Graf č. 4 - Komunikace s lékařem



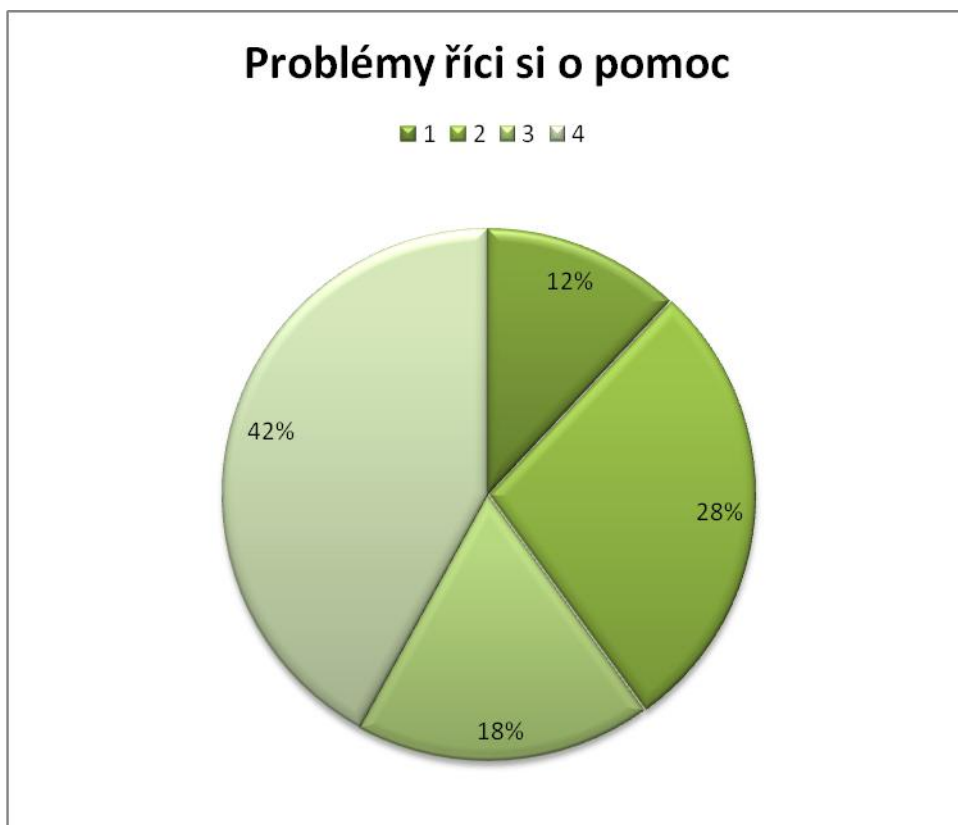
Z celkového počtu 50 klientů (100%) 26 respondentů (52%) při komunikaci s lékařem všemu rozumělo. Oproti tomu 21 klientů (42%) lékaři moc nerozumělo. Vlastní odpověď volili 3 respondenti (6%) - 2 by chtěli více komunikace (jednomu z nich přišla komunikace spíše jako obtěžování), 1 klient si nevzpomíná. Odpověď nechci se vyjadřovat, ne zvolil žádný z dotazovaných.

Otázka č. 5 Dělá Vám problémy říci si o pomoc s činnostmi, které sám/sama nezvládáte?

Tabulka č. 6 - Problémy říci si o pomoc

velké problémy	6
občas ano	14
většinou ne	9
nedělá mi to problémy	21

Graf č. 5 - Problémy říci si o pomoc



Z celkového počtu 50 klientů (100%) dělá 6 respondentům (12%) velké problémy říci si o pomoc. 14 klientů, tj. 28%, má občas problém říci si o pomoc. 9 respondentů (18%) většinou nemají problém a 21 klientům (42%) nedělá vůbec žádný problém říci si o pomoc.

Otázka č. 6 Myslíte si, že Vás zdravotnický personál přeceňuje v oblasti sebepéče?

Tabulka č. 7 - Přeceňování v oblasti sebepéče

přeceňuje	2
občas ano	6
většinou ne	19
nepřeceňuje	22
vlastní odpověď	1

Graf č. 6 - Přeceňování v oblasti sebepéče



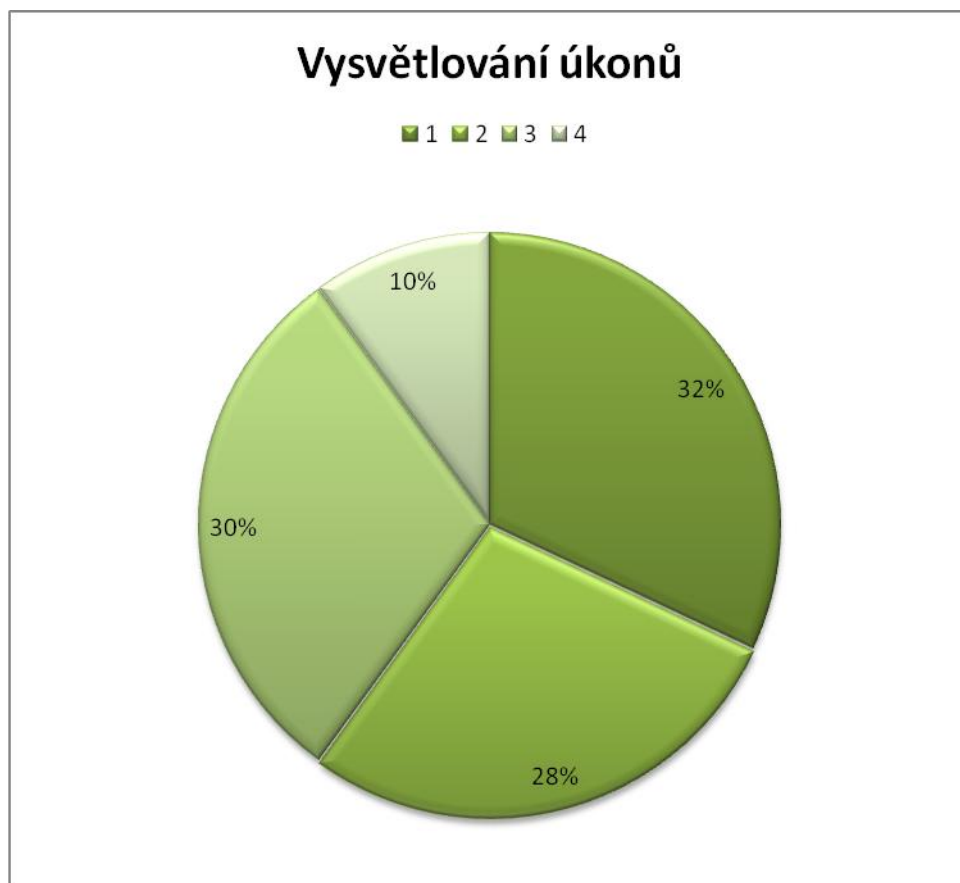
Z celkového počtu 50 klientů (100%) pocitem přeceňování v oblasti sebepéče ze strany zdravotnického personálu trpí 2 lidé (4%), občasným přeceňováním 6 klientů (12%). 19 respondentů (38%) zdravotnický personál většinou nepřeceňuje a 22 klientů není přeceňováno vůbec, což je 44%. 1 respondent (2%) zvolil vlastní odpověď - neví, zda je přeceňován.

Otázka č. 7 Vysvětluje Vám zdravotnický personál úkony, které po Vás požaduje?

Tabulka č. 8 - Vysvětlování úkonů

ano, vždy	16
většinou ano	14
občas ano	15
nevysvětluje	5

Graf č. 7 - Vysvětlování úkonů



Z celkového počtu 50 klientů (100%) 16 respondentům, tj. 32%, vždy zdravotnický personál vysvětluje úkony, které požaduje, 14 dalším (28%) úkony vysvětluje většinou. 15 klientům, tj. 30%, vysvětluje personál úkony občas a 5 lidem (10%) je nevysvětluje vůbec.

Otázka č. 8 Při činnostech, se kterými Vám pomáhá zdravotnický personál:

Tabulka č. 9 - Chování zdravotnického personálu

chová se s úctou a ohleduplně	27
chová se neutrálně	19
opovrhuje mnou	0
nechci se vyjadřovat	2
vlastní odpověď	2

Graf č. 8 - Chování zdravotnického personálu



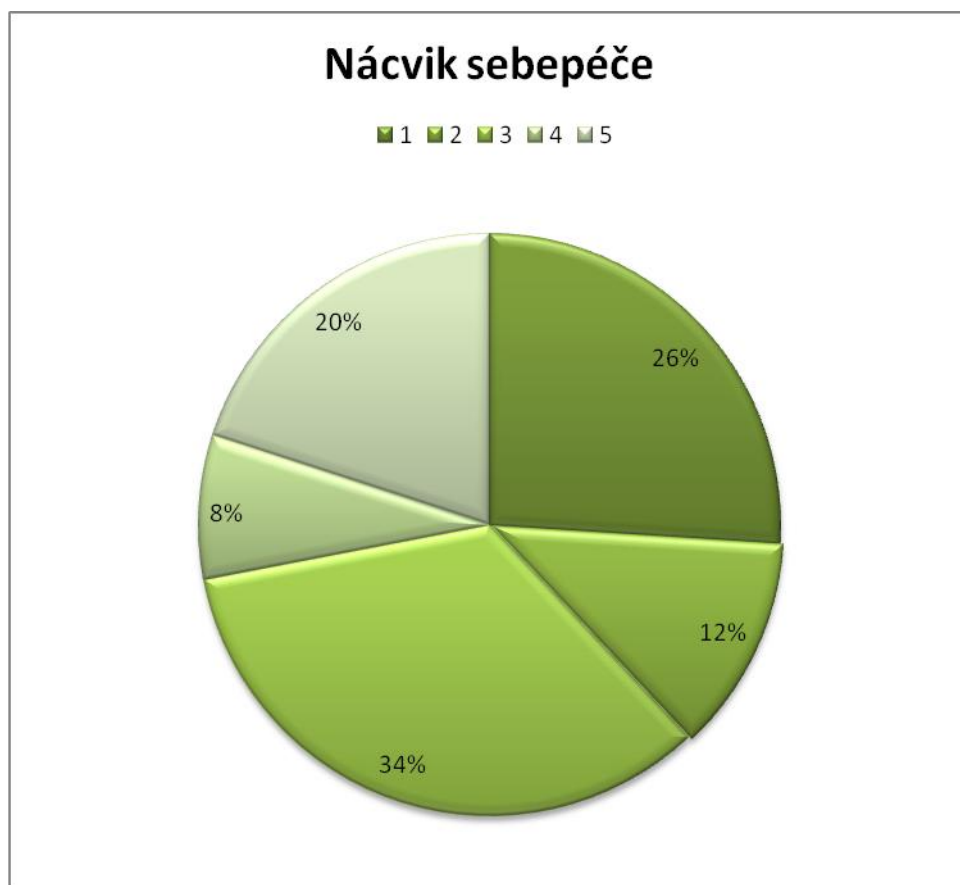
Z celkového počtu 50 klientů (100%) k 27 klientům, tj. 54%, se zdravotnický personál chová s úctou a ohleduplně. 19 respondentů (38%) si myslí, že se personál chová neutrálně, 2 klienti (4%) se nechtějí vyjadřovat a 2 (4%) volili vlastní odpověď - jak která sestra a kromě sanitářů. Odpověď opovrhování si nezvolil žádný respondent.

Otázka č. 9 Provádí s Vámi zdravotnický personál pravidelně a dostatečně nácvik sebekpéče?

Tabulka č. 10 - Nácvik sebekpéče

ano, jsem spokojen/a	13
většinou ano	6
občas ano	17
nejsem spokojena	4
vlastní odpověď	10

Graf č. 9 - Nácvik sebekpéče



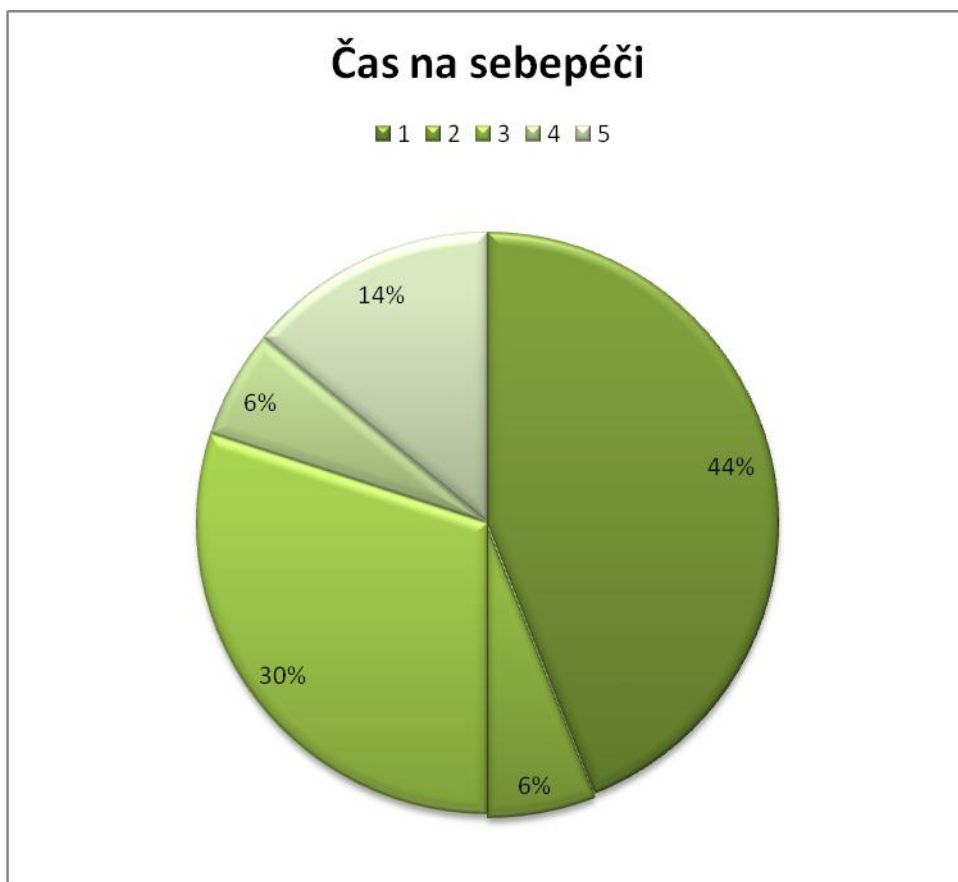
Z celkového počtu 50 klientů (100%) je s nácvikem sebekpéče spokojeno 13 klientů, tj. 26%. Většinou je spokojeno 6 nemocných (12%). Občasnou spokojenost projevuje 17 dotazovaných (34%) a nespokojeni jsou 4 klienti (8%). Vlastní odpověď zvolilo 10 respondentů (20%) - 7 klientů nácvik nepotřebuje, 1 se nechce vyjadřovat a 2 okomentovali, že jednodušší je to udělat za pacienty.

Otázka č. 10 Máte dostatek času na nácvik úkonů sebekpéče?

Tabulka č. 11 - Čas na sebekpéči

mám dostatek času	22
většinou ano	3
občas ano	15
nemám dostatek času	3
vlastní odpověď	7

Graf č. 10 - Čas na sebekpéči



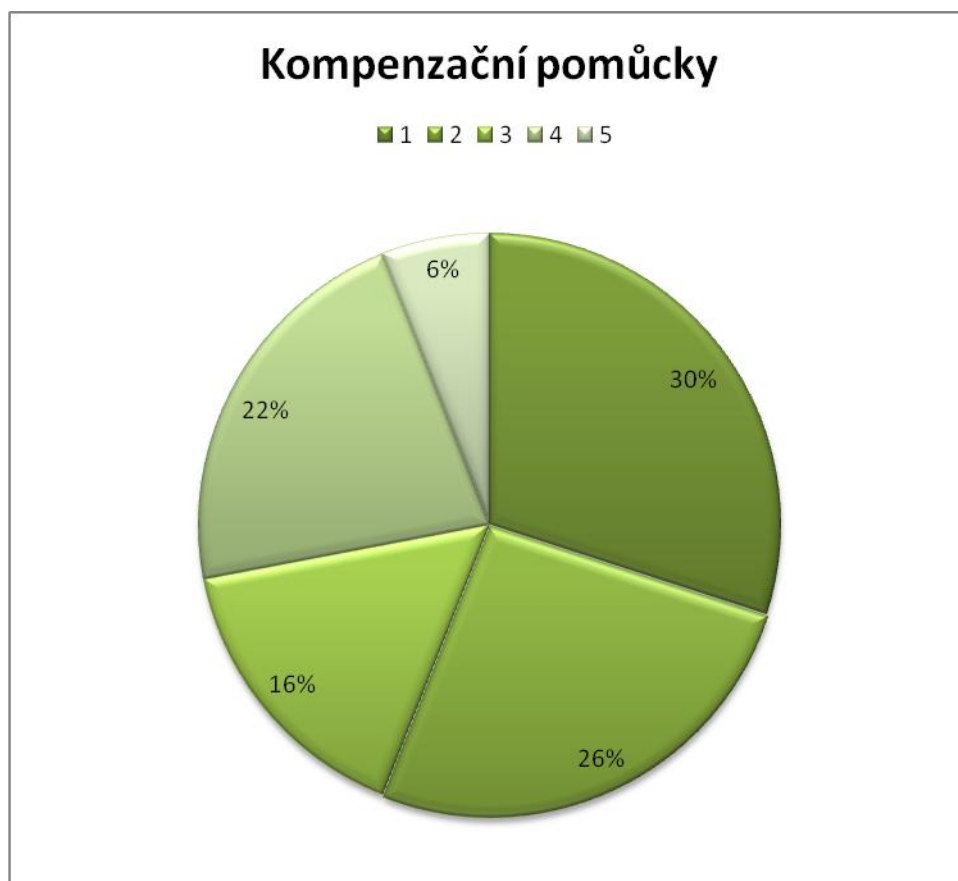
Z celkového počtu 50 klientů (100%) má 22 klientů (44%) dostatek času na nácvik sebekpéče, 3 klienti (6%) ve většině případů. 15 respondentů (30%) má dostatek času na nácvik občas a 3 nemocní (6%) nemají dostatek času na nácvik sebekpéče. Vlastní odpověď volilo 7 klientů (14%) - nácvik nepotřebují.

Otázka č. 11 Máte možnost používat pomůcky ke zjednodušení úkonů sebekpéče a používáte je?

Tabulka č. 12 - Kompenzační pomůcky

ano, používám je	15
ano, ale nepoužívám je	13
ne, ale potřeboval/a bych je	8
ne, ani je nepotřebuji	11
vlastní odpověď	3

Graf č. 11 - Kompenzační pomůcky



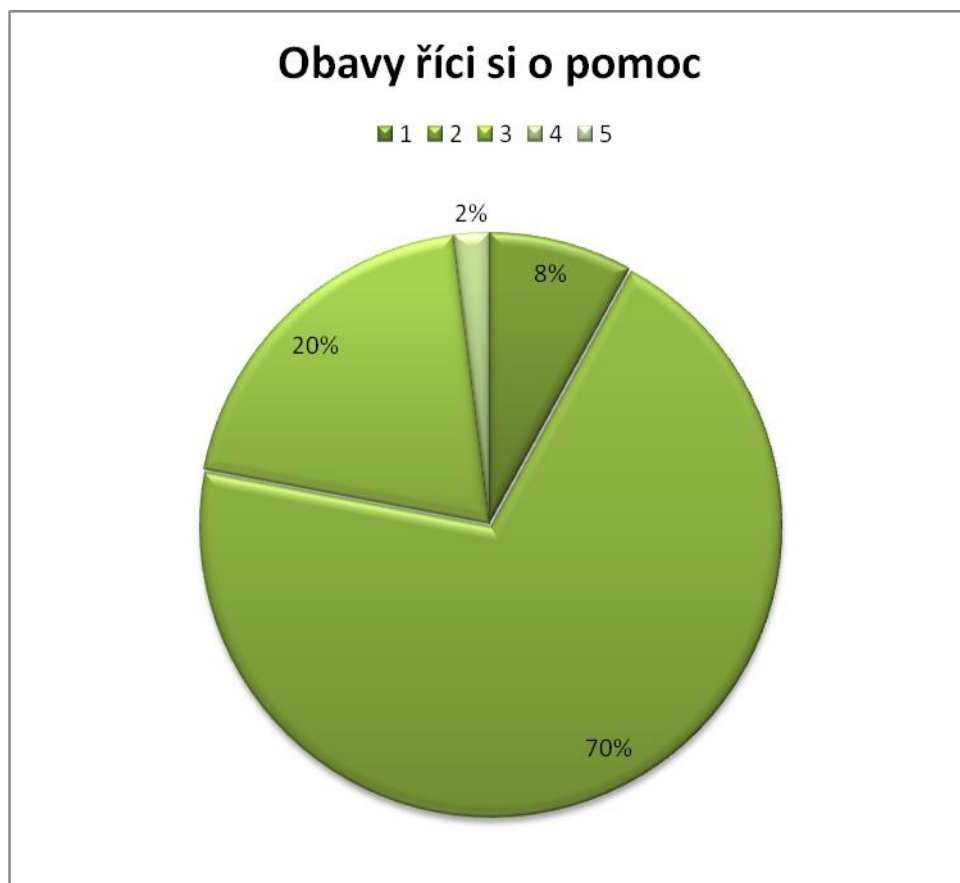
Z celkového počtu 50 klientů (100%) kompenzační pomůcky potřebuje a používá 15 klientů (30%), 13 respondentů (26%) je potřebuje, ale nepoužívá. 8 klientů (16%) by pomůcky potřebovalo a 11 nemocných (22%) je nemá, ani je nepotřebuje. Vlastní odpověď zvolili 3 klienti (6%) - 2 z nich se vyslovili, že moc jich není, podle jednoho klienta nejsou vždy volné.

Otázka č. 12 Máte obavy si říci „sestřičkám“ o pomoc?

Tabulka č. 13 - Obavy říci si o pomoc

ano, mám obavy	4
ne, nemám obavy	35
nechci se vyjadřovat	10
vlastní odpověď	1

Graf č. 12 - Obavy říci si o pomoc



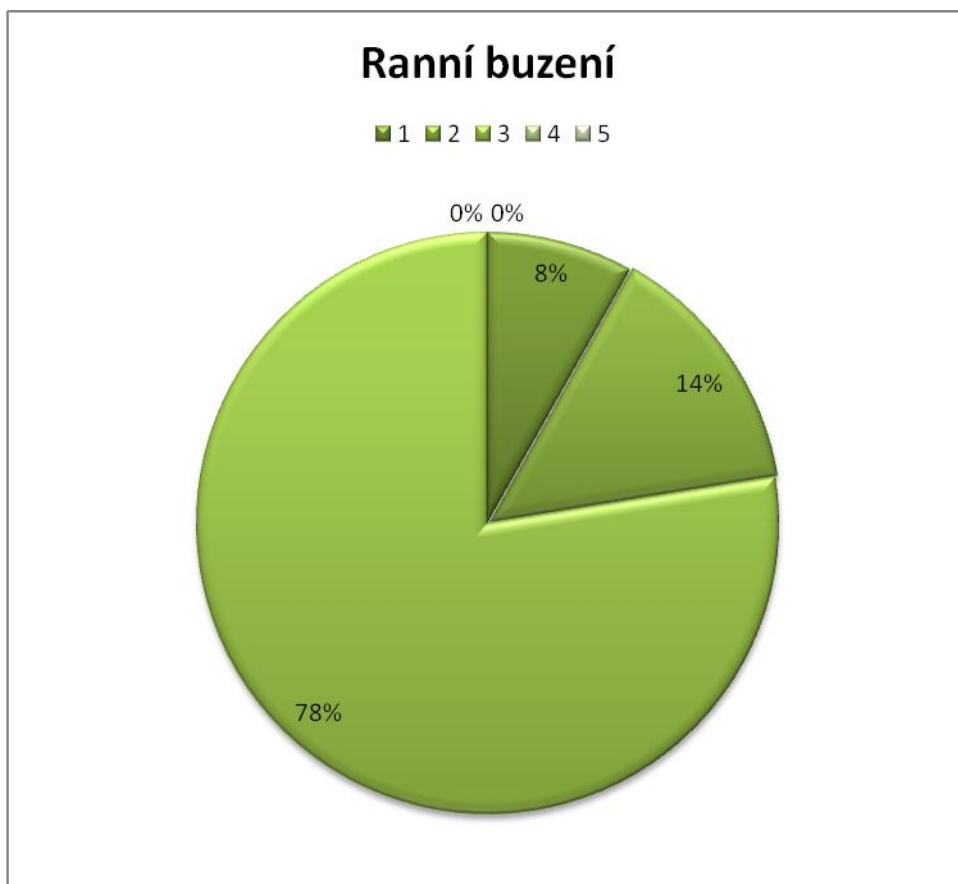
Z celkového počtu 50 klientů (100%) obavami říci si „sestřičkám“ o pomoc trpí 4 klienti (8%). 35 respondentů (70%) obavy nemá a 10 klientů (20%) se nechce vyjadřovat. 1 nemocný (2%) volil vlastní odpověď - záleží na sestře, které by si měl říci.

Otázka č. 13 V kolik hodin jste buzen/a?

Tabulka č. 14 - Ranní buzení

5:00	4
5:30	7
6:00	39
6:30	0
7:00	0

Graf č. 13 - Ranní buzení



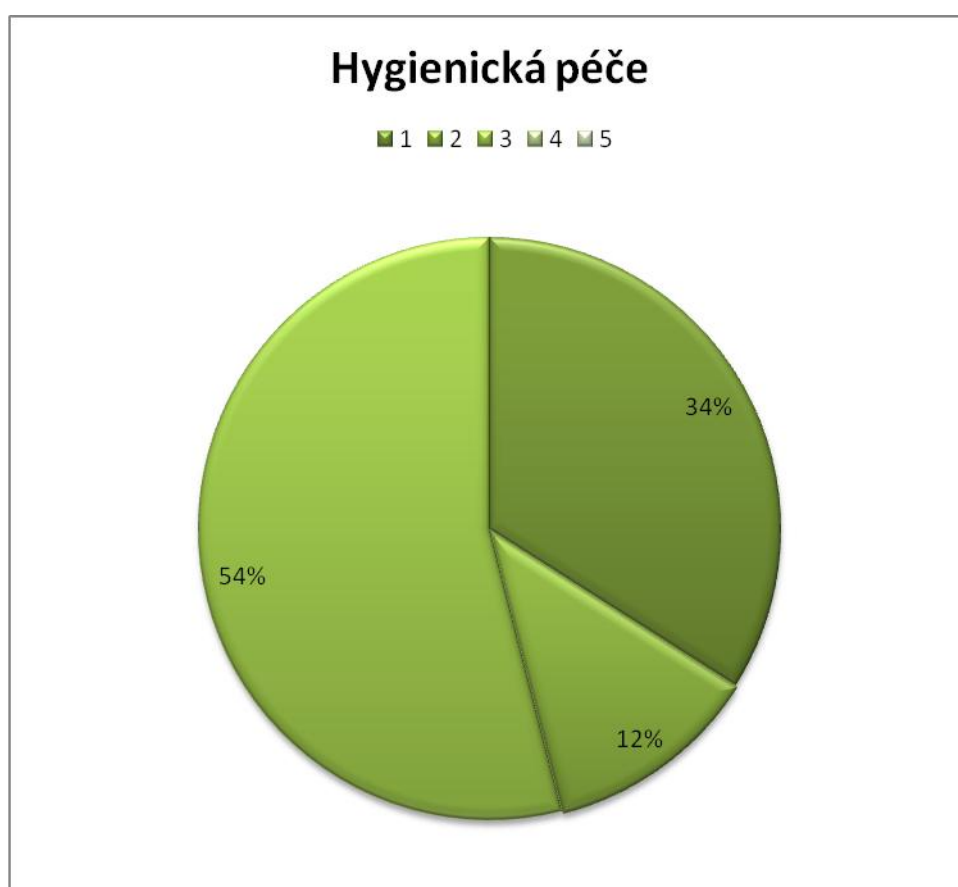
Z celkového počtu 50 klientů (100%) jsou 4 klienti (8%) buzeni v 5:00, 7 nemocných (14%) začíná den v 5:30. 39 klientů (78%) budí v nemocnici v 6:00. Odpověď 6:30 a 7:00 nevolil žádný z respondentů.

Otázka č. 14 Je u Vás prováděna ranní a večerní hygiena?

Tabulka č. 15 - Hygienická péče

ano	17
ne	6
vlastní odpověď	27

Graf č. 14 - Hygienická péče



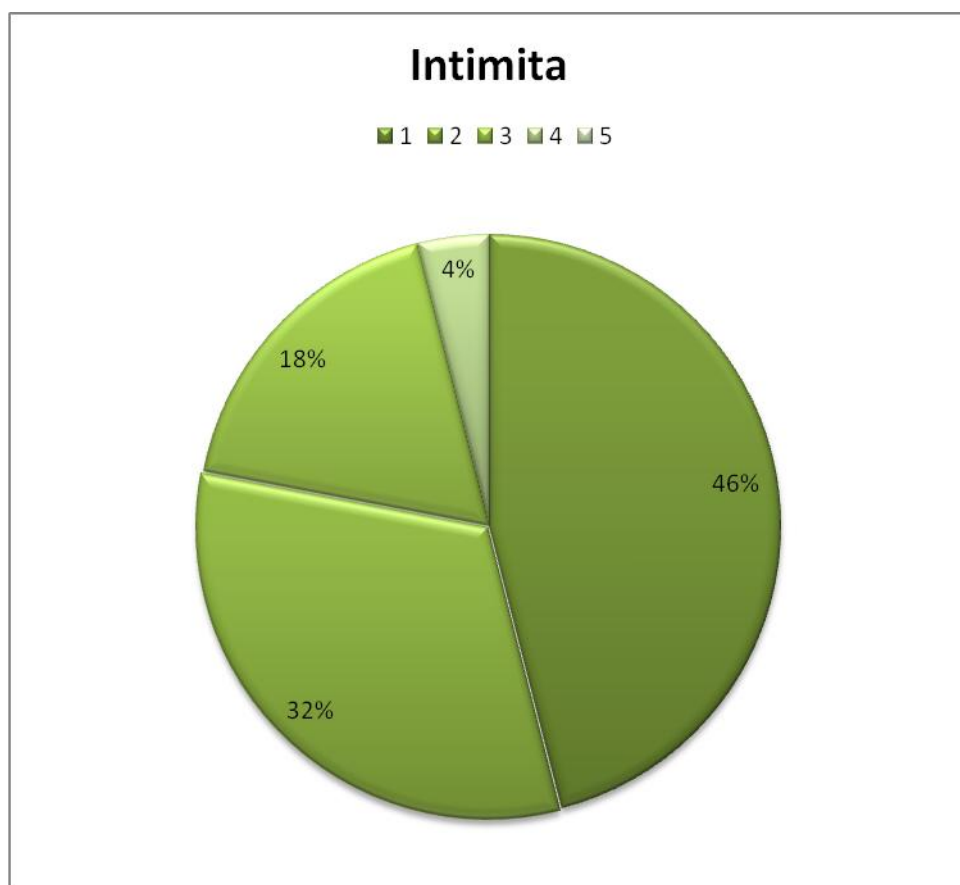
Z celkového počtu 50 klientů (100%) je u 17 klientů (34%) prováděna ranní a večerní toaleta. 6 nemocných (12%) se vyjádřilo, že u nich hygienická péče prováděna není. Vlastní odpověď volilo 27 respondentů (54%) - 8 z nich provádí hygienu samo, u 8 klientů je hygiena realizována občas a u 11 nemocných je prováděna ranní hygiena.

Otázka č. 15 Dokáže Vám zdravotnický personál zajistit dostatek intimity?

Tabulka č. 16 - Intimita

ano, nestěžuji si	23
intimita je uspokojivá	16
nejsem spokojen/a	9
vlastní odpověď	2

Graf č. 15 - Intimita



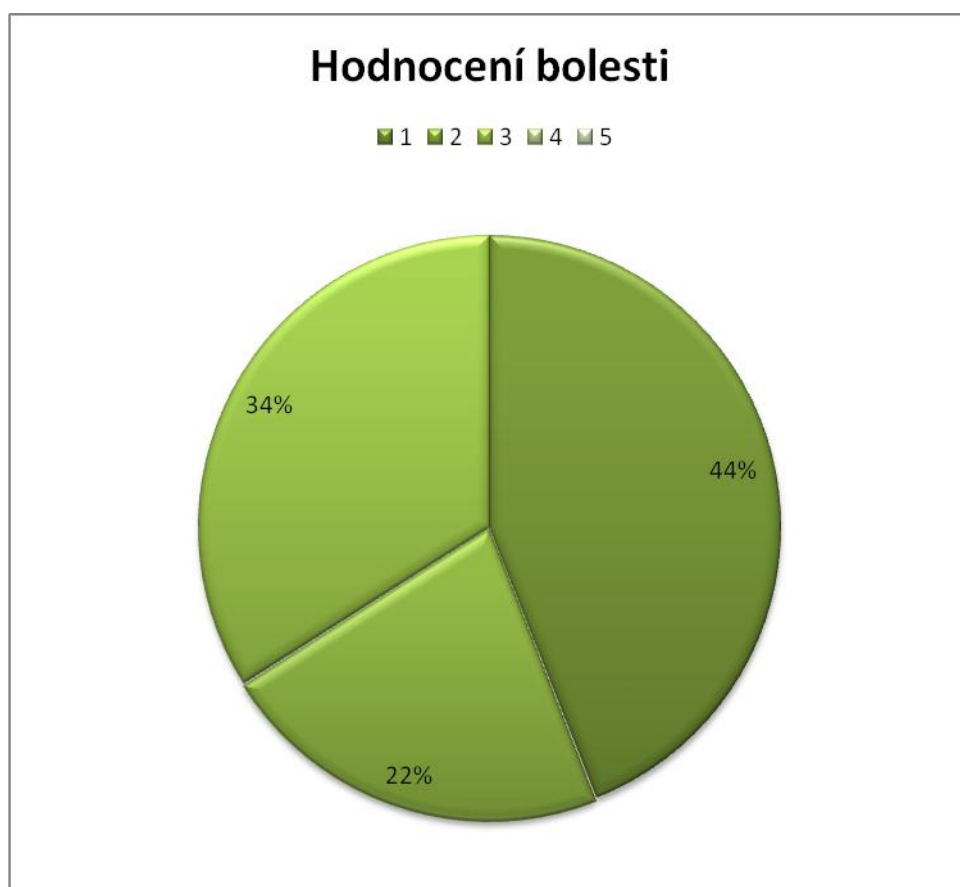
Z celkového počtu 50 klientů (100%) si na zajištění intimity nestěžuje 23 respondentů, tj. 46%. Podle 16 klientů (32%) je intimita uspokojivá a 9 nemocných (18%) není spokojeno se zajištěním intimity. Vlastní odpověď volili 2 klienti (4%) - 1 je rád, že chodí a u jednoho je zajištěná intimita jen, když si řekne.

Otázka č. 16 Měl/a jste možnost hodnotit bolest?

Tabulka č. 17 - Hodnocení bolesti

ano	22
ne	11
nemám bolesti	17

Graf č. 16 - Hodnocení bolesti



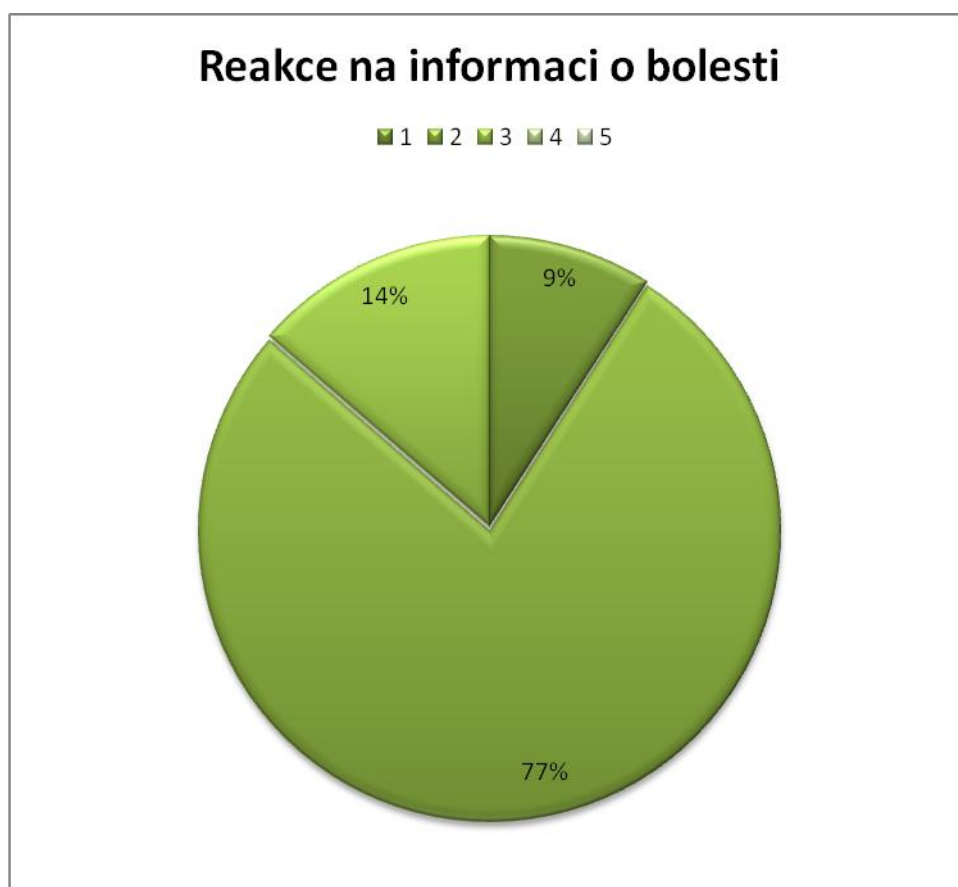
Z celkového počtu 50 klientů (100%) mělo 22 respondentů (44%) možnost hodnotit bolest a 11 klientů (22%) takovou možnost nemělo. 17 dotazovaných (34%) bolestí netrpí.

Otázka č. 17 Bylo na informaci o bolesti reagováno?

Tabulka č. 18 - Reakce na informaci o bolesti

ne	2
ano, jak ...	17
nechci se vyjadřovat	3

Graf č. 17 - Reakce na informaci na bolest



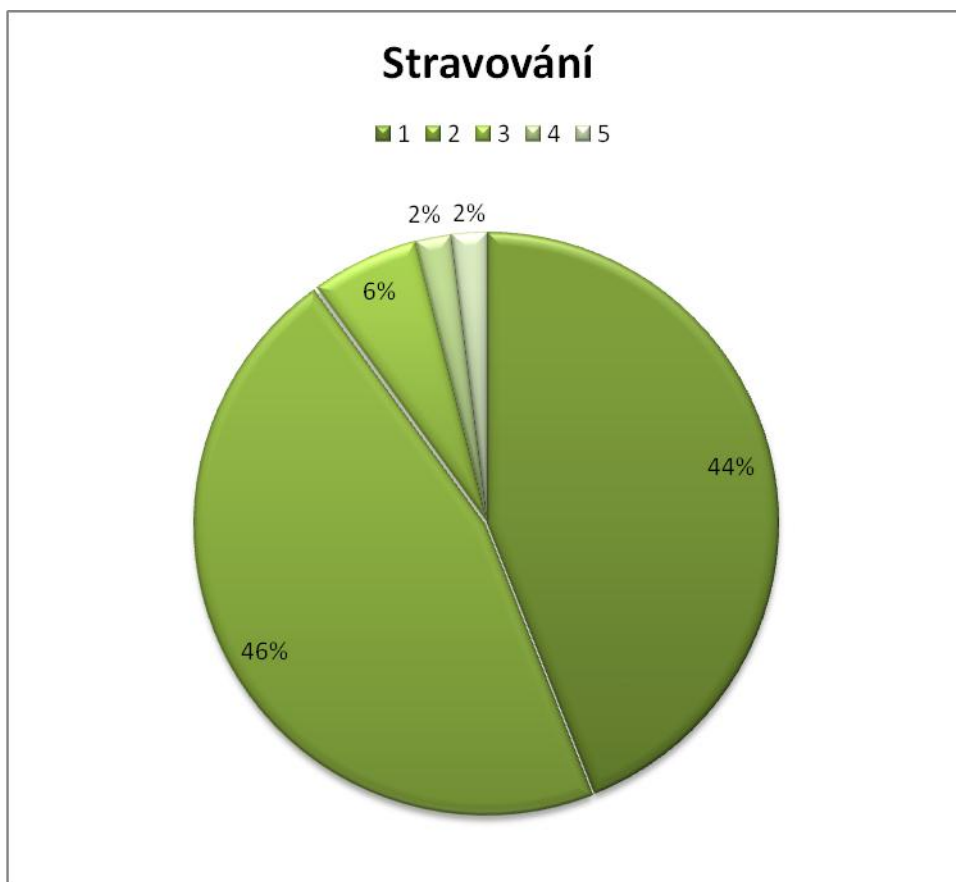
Z předchozí otázky vyplynulo, že 17 klientů bolesti nemá a 11 nemělo možnost hodnotit. Proto na tuto otázku odpovědělo 22 respondentů. U 2 (9%) nebylo na informaci o bolesti reagováno. U 17 klientů (77%) bylo na tuto informaci reagováno převážně podáním analgetik ve formě tablet nebo injekce a rehabilitací. 3 klienti (14%) se nechtějí vyjadřovat.

Otázka č. 18 Dostáváte pestrou a úhledně servírovanou stravu?

Tabulka č. 19 - Stravování

nestěžuji si	22
strava je uspokojivá	23
nejsem spokojen/a	3
nechci se vyjadřovat	1
vlastní odpověď	1

Graf č. 18 - Stravování



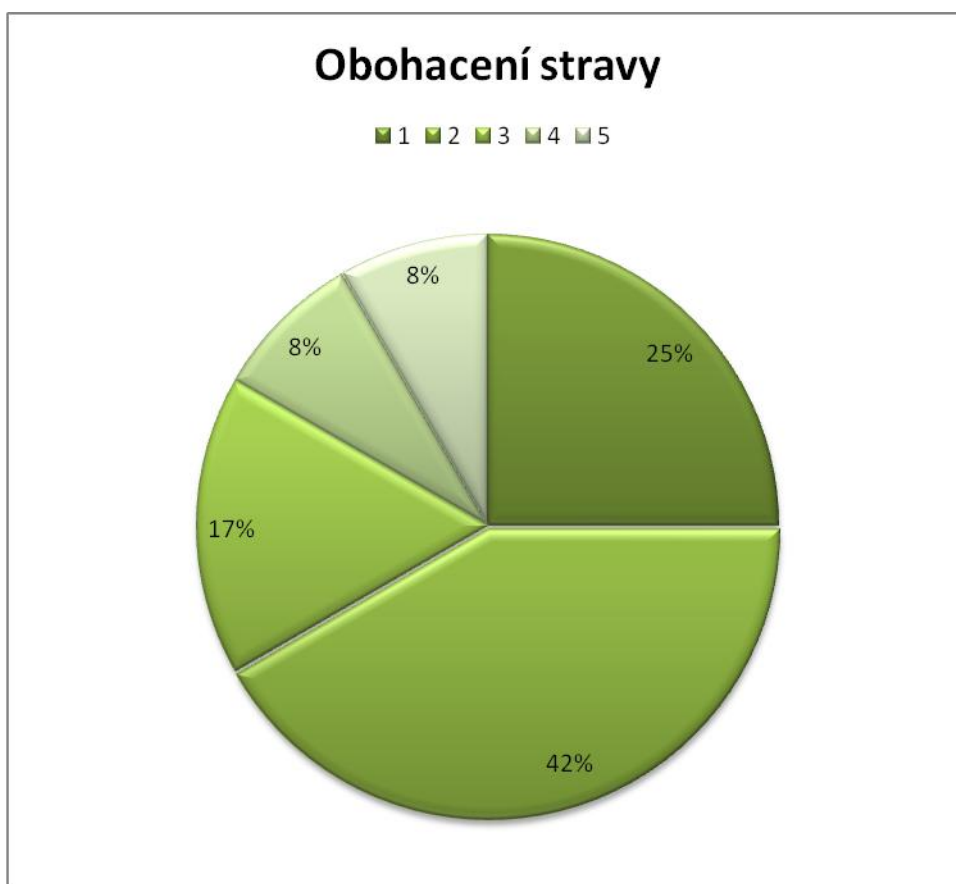
Z celkového počtu 50 klientů (100%) je 22 klientů (44%) spokojeno s nemocničním stravováním. Pro 23 respondentů (46%) je strava uspokojivá a 3 klienti (6%) nejsou spokojeni. 1 klient (2%) se nechce vyjadřovat a 1 (2%) zvolil vlastní odpověď - záleží na dietním omezení.

Otázka č. 19 Pokud Vám ve stravě něco chybí, upřesněte:

Tabulka č. 20 - Obohacení stravy

ovoce, zelenina	3
pestrost	5
maso, salámy, guláš	2
místo chleba rohlíky	1
čokoláda	1

Graf č. 19 - Obohacení stravy



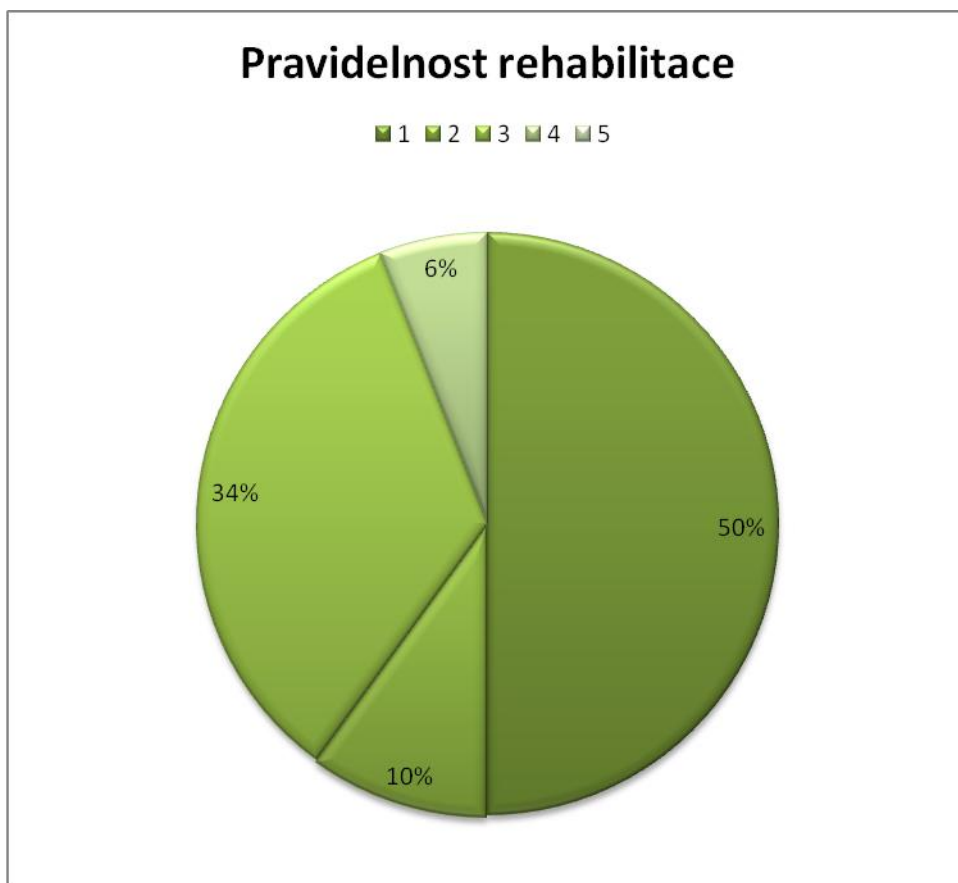
Na tuto doplňující otázku odpovědělo 12 respondentů (100%). 3 z nich (25%) by uvítali v jídelníčku ovoce a zeleninu. 5 klientům (42%) chybí pestrost jídelníčku, 2 (17%) by uvítali více masa, salámů, guláš. 1 klient (8%) by chtěl místo chleba rohlíky a 1 (8%) by uvítal čokoládu jako přídavek.

Otázka č. 20 Dochází k Vám pravidelně rehabilitační pracovník?

Tabulka č. 21 - Pravidelnost rehabilitace

ano, pravidelně	25
nepravidelně	5
nedochází	17
nechci se vyjadřovat	3

Graf č. 20 - Pravidelnost rehabilitace



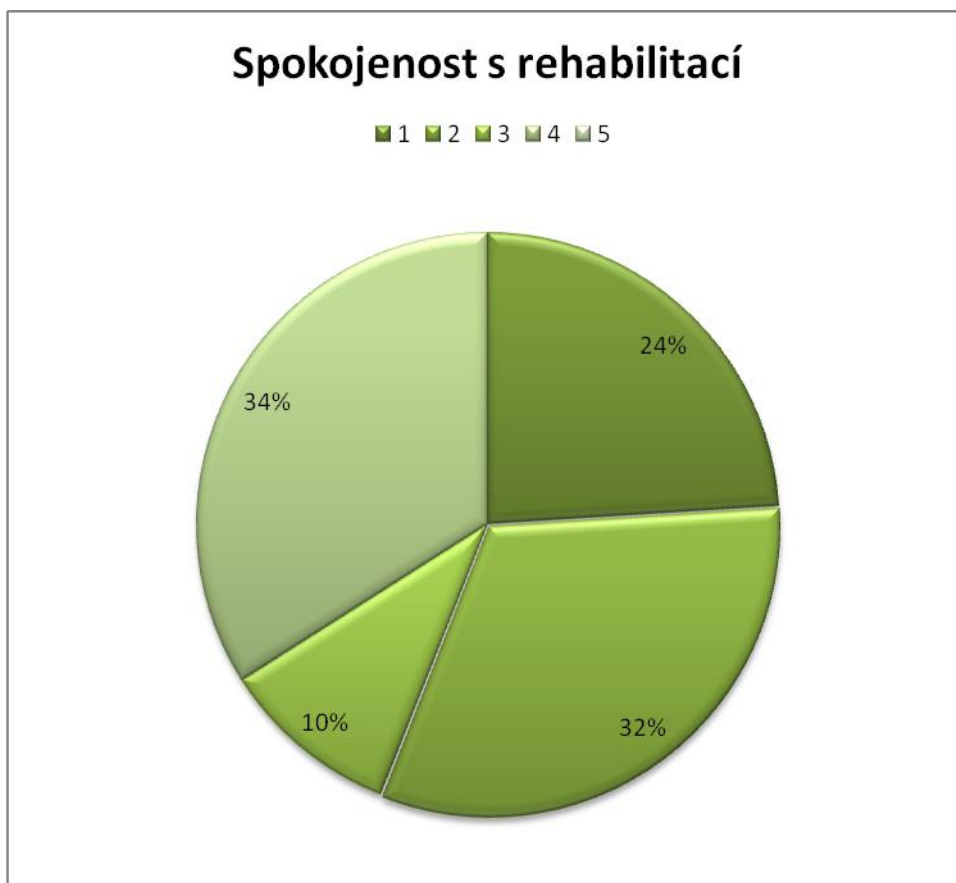
Z celkového počtu 50 klientů (100%) dochází k 25 respondentům (50%) rehabilitační pracovník pravidelně. 5 klientů (10%) nemá pravidelnou rehabilitaci a k 17 nemocným (34%) nedochází - podotýkám, že 8 z nich rehabilitační péči nepotřebuje. 3 klienti (6%) se nechtějí vyjadřovat.

Otázka č. 21 Pomáhá Vám rehabilitační péče?

Tabulka č. 22 - Spokojenost s rehabilitací

myslím si, že ano	12
nejsem si jist/a	16
nechci se vyjadřovat	5
vlastní odpověď	17

Graf č. 21 - Spokojenost s rehabilitací



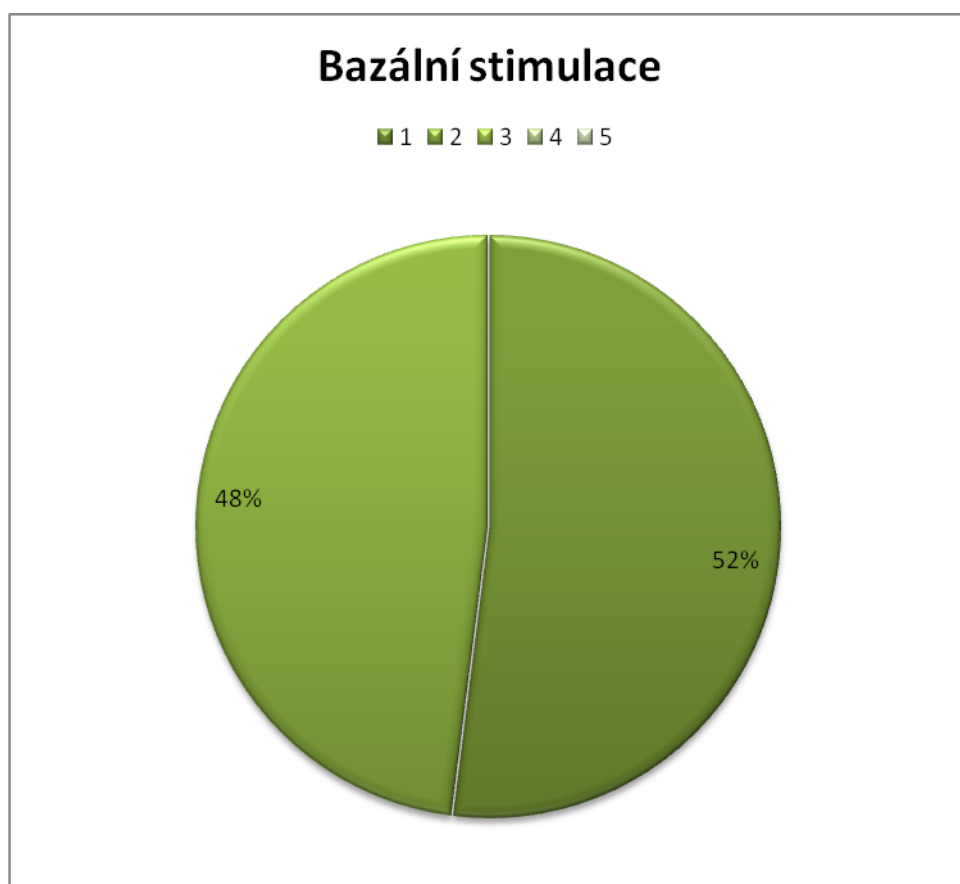
Z celkového počtu 50 klientů (100%) se 12 klientů (24%) domnívá, že jim rehabilitace pomáhá. 16 respondentů (32%) si není jisto, zda jim rehabilitace pomáhá. 5 klientů (10%) se nechce vyjadřovat. 17 nemocných (34%) volilo vlastní odpověď - 8 rehabilitaci nepotřebuje a k 9 klientům pracovník nechodí, proto nemohou posoudit.

Otázka č. 22 Byla u Vás používána bazální stimulace?

Tabulka č. 23 - Bazální stimulace

ano	26
ne	24

Graf č. 22 - Bazální stimulace



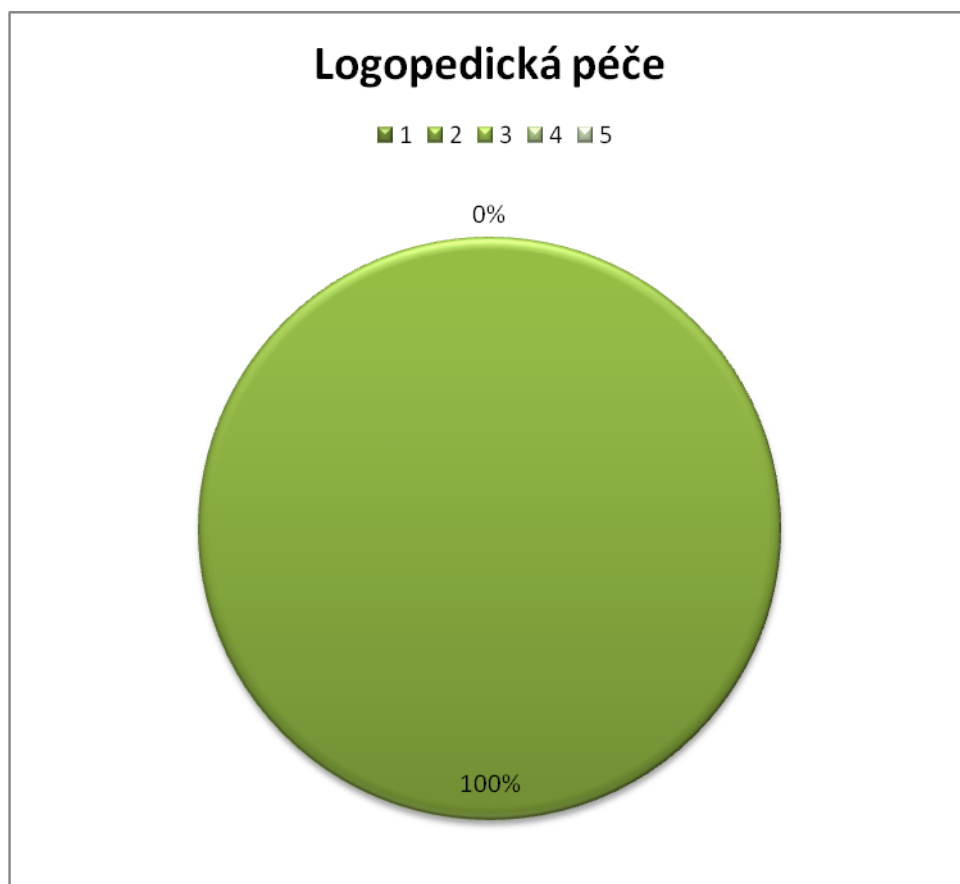
Z celkového počtu 50 klientů (100%) byla u 26 klientů (52%) prováděna určitá forma bazální stimulace nejen od rehabilitačních pracovníků. Oproti tomu u 24 respondentů (48%) bazální stimulace realizována nebyla. Podotýkám, že osm klientů nepotřebuje rehabilitaci, k devíti nikdo nechodí.

Otázka č. 23 Pracuje s Vámi logoped?

Tabulka č. 24 - Logopedická péče

ano	0
ne	50

Graf č. 23 - Logopedická péče



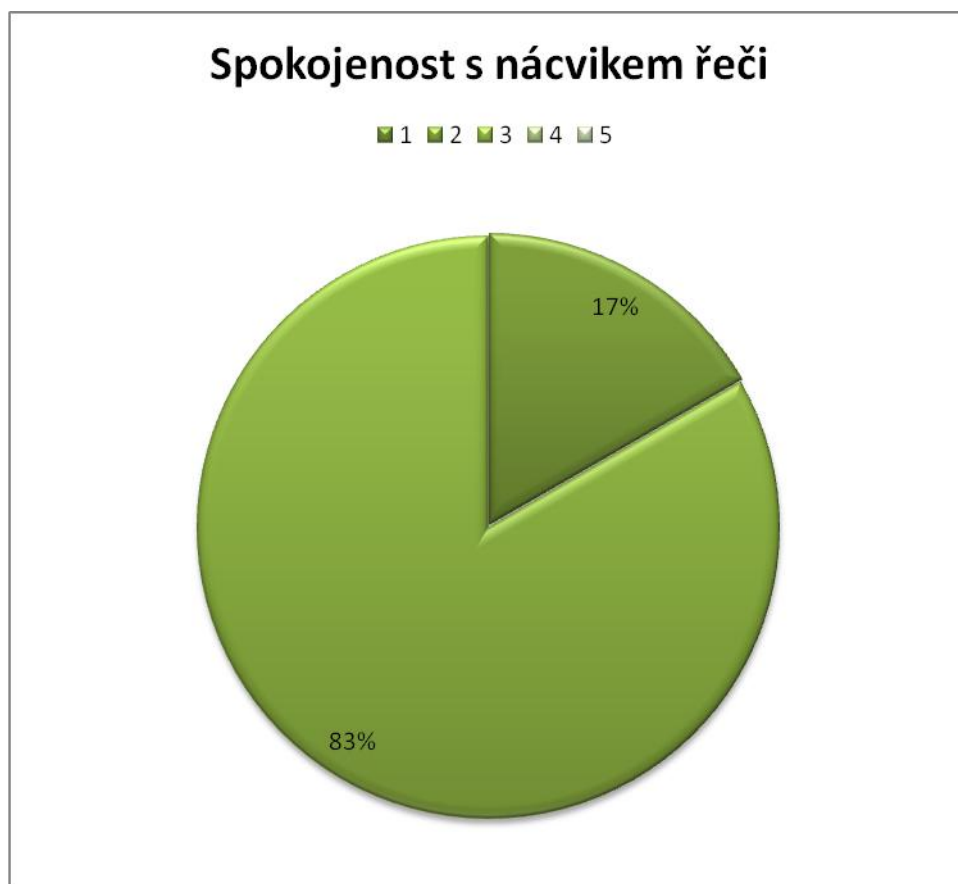
V této otázce všichni dotazovaní (100%) odpověděli, že s nimi logoped nepracuje. Upřesňuji, že logopedickou péči by potřebovalo 12 klientů, což by odpovídalo 24%.

Otázka č. 24 Jste spokojen/a s nácvikem řeči?

Tabulka č. 25 - Spokojenost s nácvikem řeči

ano	2
ne	10

Graf č. 24 - Spokojenost s nácvikem řeči



Z 12 klientů, kteří odpovídali na tuto otázku, jsou pouze 2 (17%) spokojeni s nácvikem řeči, kterou realizují sestry žákyně z místní zdravotnické školy a občas zdravotničtí pracovníci. 10 respondentům (83%) se zdá být nácvik řeči nedostačující.

Otázka č. 25 Jste v kontaktu s rodinou, se známými?

Tabulka č. 26 - Kontakt s blízkými

ano, navštěvují mě	41
jsme v telefonickém kontaktu	2
nejsme v kontaktu	6
vlastní odpověď	1

Graf č. 25 - Kontakt s blízkými



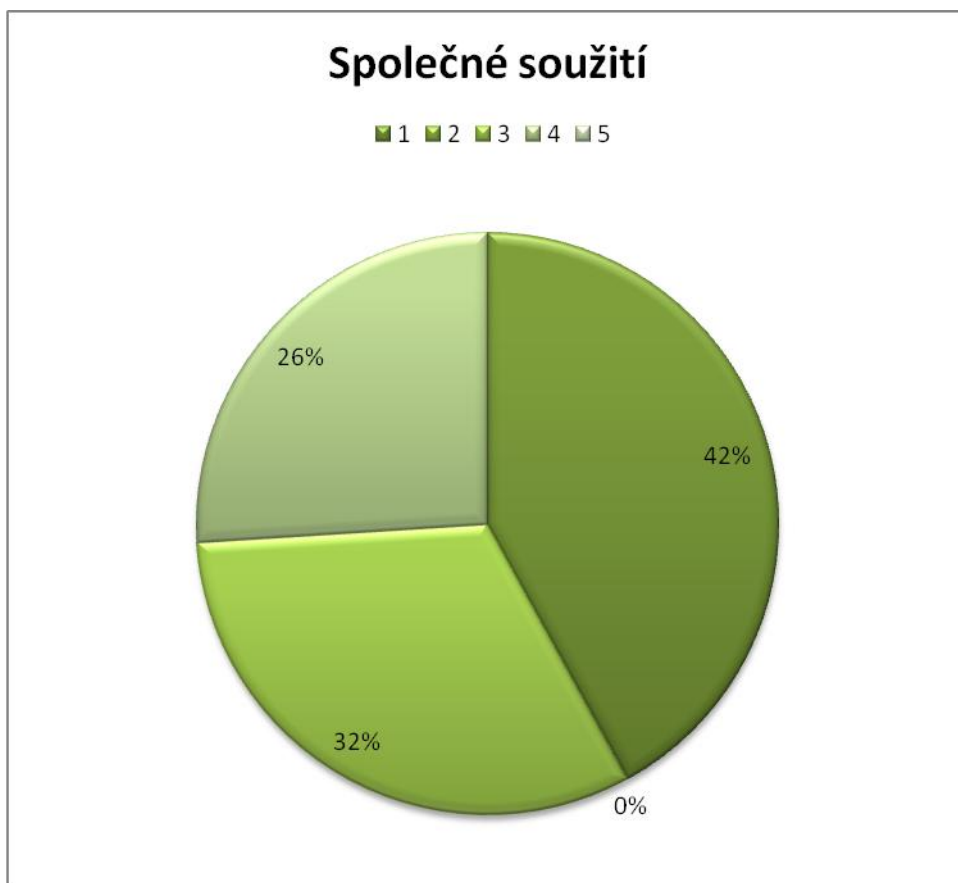
Z celkového počtu 50 klientů (100%) 41 respondentů (82%) navštěvují rodinní příslušníci nebo známí. 2 klienti (4%) jsou s rodinou v telefonickém kontaktu. 6 nemocných (12%) není s rodinou, známými v kontaktu a 1 klient (2%) volil vlastní odpověď - v kontaktu je občas.

Otázka č. 26 S kým žijete ve společné domácnosti?

Tabulka č. 27 - Společné soužití

s manželem/manželkou	21
s druhem/družkou	0
sám/sama	16
vlastní odpověď	13

Graf č. 26 - Společné soužití



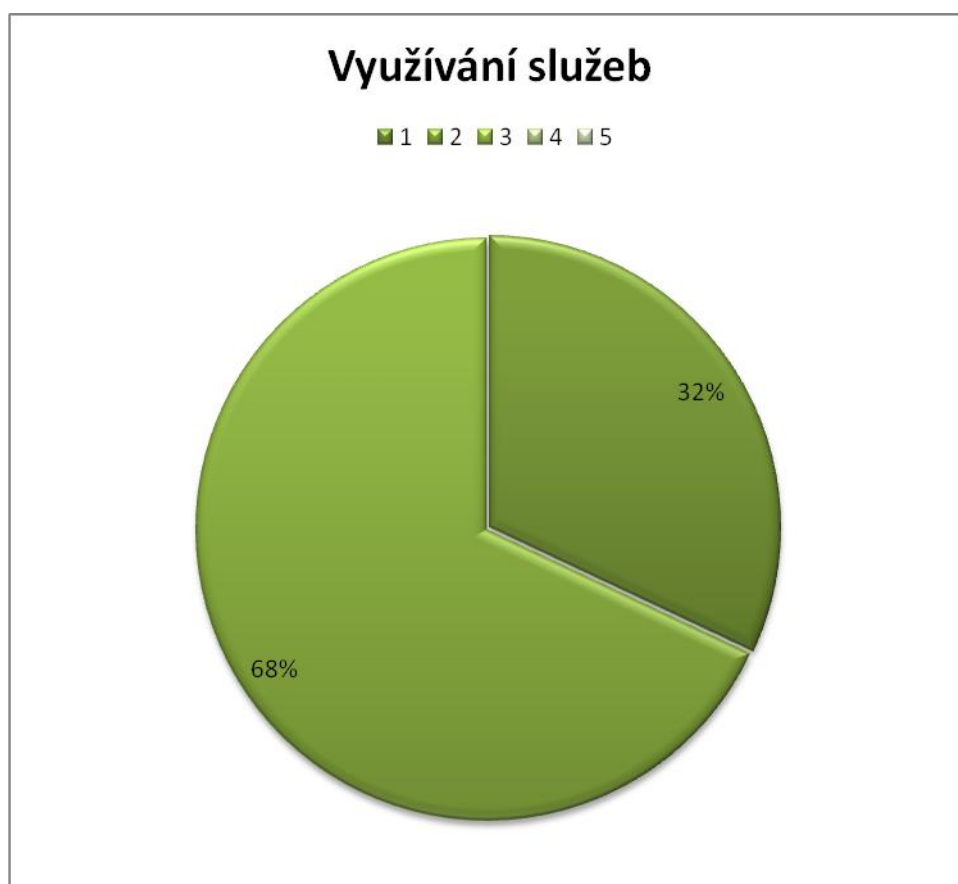
Z celkového počtu 50 klientů (100%) žije s manželem/manželkou 21 respondentů (42%). 16 klientů (32%) žije samo. 13 (26%) volilo vlastní odpověď - 8 z nich žije s nejbližší rodinou (dcera, syn, bratr), 4 žijí v DPS (dům s pečovatelskou službou) a jeden žije v DD (domov důchodců).

Otázka č. 27 Využíváte služeb agentury domácí péče, pečovatelské služby?

Tabulka č. 28 - Využívání služeb

ano	16
ne	34

Graf č. 27 - Využívání služeb



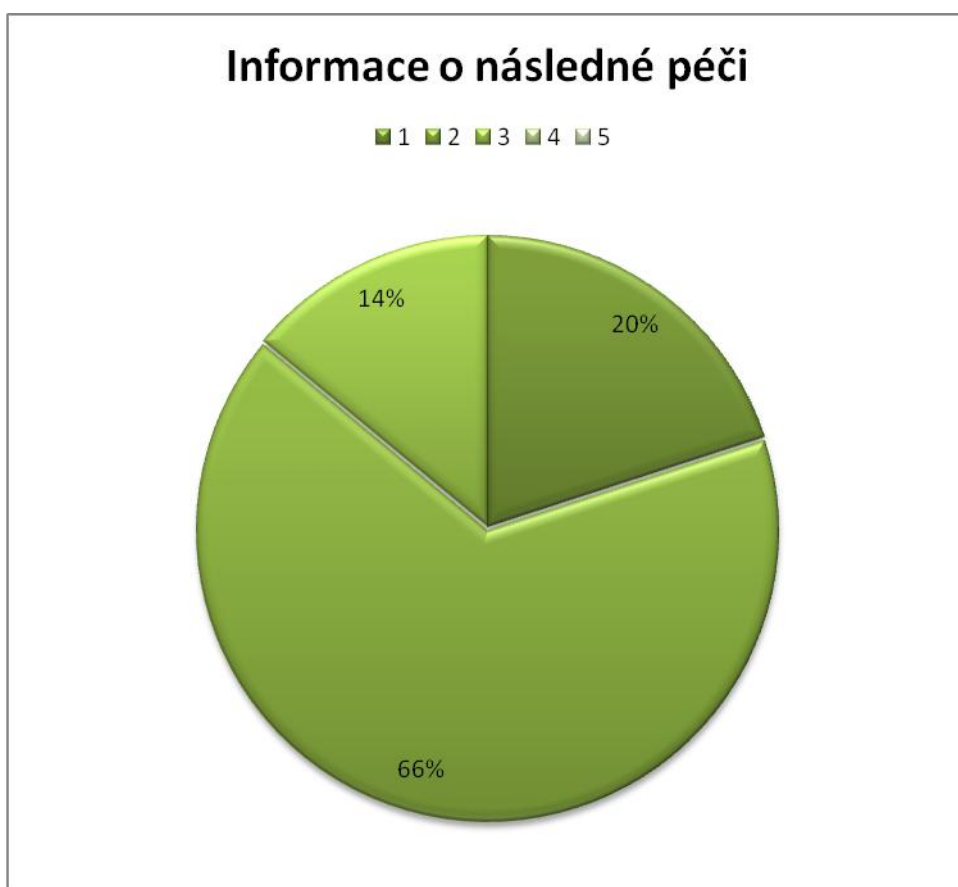
Z celkového počtu 50 klientů (100%) 16 klientů (32%) využívá služeb agentury domácí péče nebo pečovatelské služby. Těchto služeb nevyužívá 34 respondentů (68%).

Otázka č. 28 Jste informován/a o možnostech následné péče po propuštění z nemocnice?

Tabulka č. 29 - Informace o následné péči

vím, jaké mám možnosti	10
nevím, jaké mám možnosti	33
vlastní odpověď	7

Graf č. 28 - Informace o následné péči



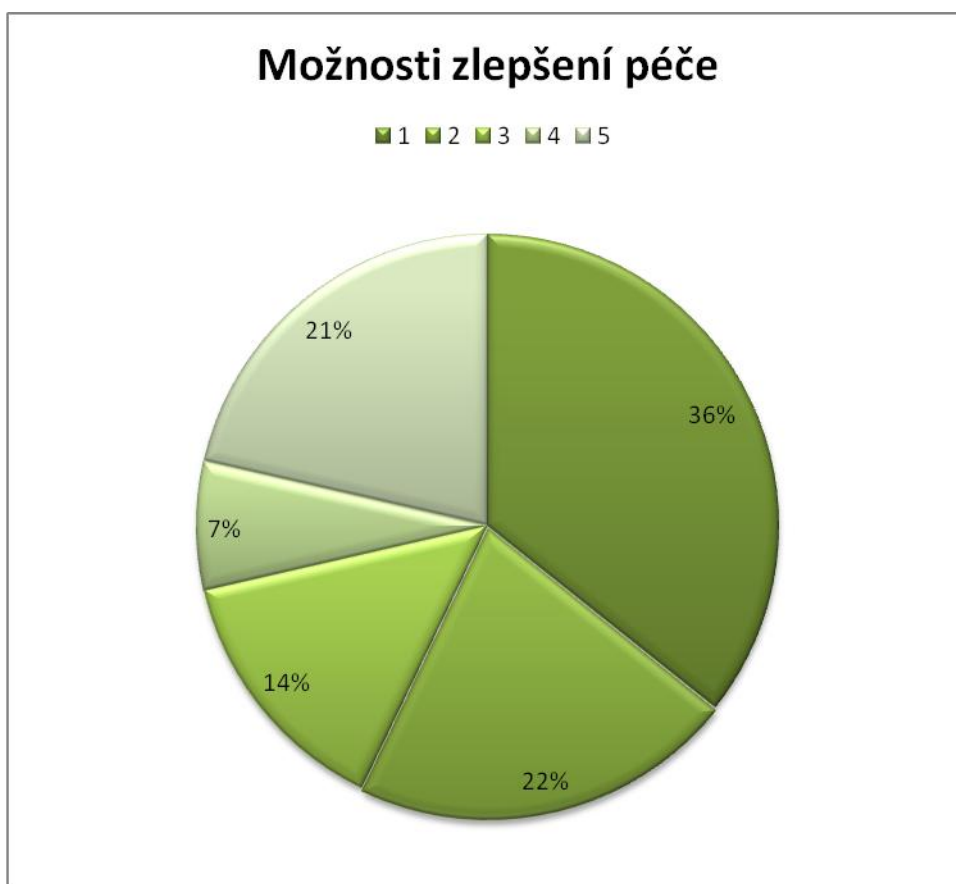
Z celkového počtu 50 klientů (100%) 10 klientů (20%) ví, jaké má možnosti po propuštění z nemocnice. 33 respondentů (66%) zatím neví, jaké má možnosti a 7 (14%) volilo vlastní odpověď - 5 z nich následnou péči vůbec nepotřebuje, jeden má informace od obvodního lékaře a jedna paní bydlí u dcery, která se o ni postará.

Otázka č. 29 Co byste doporučil/a ke zlepšení péče?

Tabulka č. 30 - Možnosti zlepšení péče

více zájmu ze strany sester	5
více rehabilitace, logopedické péče, kompenzačních pomůcek	3
TV, rádio, prostor na pokoji, intimita	2
lepší strava	1
spokojenost s péčí	3

Graf č. 29 - Možnosti zlepšení péče



Tuto volnou odpověď využilo 14 respondentů (100%). 5 z nich (36%) by uvítalo více zájmu ze strany sester, 3 (22%) by chtěli více rehabilitace, logopedickou péči a dostatek kompenzačních pomůcek. 2 klienti (14%) se vyjádřili, že by chtěli na pokoji TV, rádio, více místa a zajištění intimity. 1 dotazovaný (7%) by zlepšil stravování a 3 klienti (21%) jsou s péčí spokojeni a nic by neměnili.

8 DISKUZE

Otázky č. 1, 3 a 4 byly zaměřeny **na spokojenost klientů při přijetí** do nemocničního zařízení. Týkaly se informovanosti o zdravotním stavu, jeho vysvětlení a přístupu zdravotnického personálu. Podle získaných dat jsem zjistila, že **52%** respondentů **bylo spokojeno** s přijetím do nemocnice, což je velmi příjemné číslo. **19% nespokojeno**, kdy se jednalo o komunikaci s lékařem, uspěchanost. **29%** klientů **neví, nebo se nechce vyjadřovat**. Co vede klienta k volbě takové odpovědi? Záleží určitě na zdravotním stavu, kdy si nemusí vybavit přijetí do nemocnice. Může také mít obavy, nechce svou odpověď ublížit.

Otázka č. 2 zjišťovala, **jak nemocný vnímá svůj zdravotní stav**. **12%** dotazovaných vnímá svůj zdravotní stav jako **uspokojivý**, **62%** nemocných **se obává**, co bude dál. Vysvětlením této volby by mohlo být, že se s daným onemocněním setkali poprvé, nevědí, co se bude dít, neví, na co se zeptat, nebo informace nemají. Nad svým stavem ještě nepřemýšlelo **22%** klientů a **4%** **se snaží** zdravotní problém řešit vlastní vůlí.

Otázky č. 5 - 17 byly zaměřeny na vlastní ošetrovatelskou péči.

V otázkách č. 5 - 8, 12 - 13 a 15 všichni klienti hodnotili chování personálu při úkonech, jejich vysvětlování, zajištění intimity, vlastní obavy říci si o pomoc a ranní buzení. Ze zjištěných výsledků vyplynulo, že **52%** respondentů **bylo s péčí spokojeno**. Oproti tomu **9% spokojeno nebylo**. Nespokojenost s intimitou, nevysvětlování úkonů, obavy říci si o pomoc. **35%** klientů bylo **spokojeno částečně**, kdy se zdravotnický personál chová neutrálně, vysvětlování úkonů není vždy a intimita je uspokojivá. **4%** nemocných se **nechtěla vyjadřovat, nebo nevěděla**. Proč? Někteří nedokážou posoudit, zda péče byla dostačující, jiní asi nechtějí vyjádřit své myšlenky.

Otázka č. 9 a 10 se zaměřila na **nácvik sebepečce** a její **časovou dostupnost**.

Do procentuálního vyjádření jsem zahrnula 43 klientů, 7 zbylých respondentů nácvik sebepečce nepotřebuje, jsou soběstační. Výsledky ukazují, že **41%** klientů **bylo spokojeno** s nácvikem sebepečce, **10% spokojeno nebylo**. Z odpovědí vyplynula nespokojenost s prováděním nácviku a čas, který klienti na nácvik neměli. **Spokojeno více či méně bylo 48%** dotázaných. Jednalo se o nedostatek času na nácvik sebepečce, nepravidelnost nácviku. **1%**, což odpovídalo jednomu klientovi, se **nechtělo vyjadřovat**.

11 klientů nezahrnuji do vyhodnocení otázky č. 11, protože kompenzační pomůcky nepotřebují (8 nemá tělesné postižení a 3 další zvládají své postižení bez pomůcek). 39 klientů potřebovalo kompenzační pomůcky. **Možnost** je používat **mělo 38%** nemocných a používalo je. Tuto možnost nemělo 21% respondentů a **41%** pomůcky **nepoužívalo** (13 klientů nebylo samo schopno je použít, podle 3 jich byl nedostatek, nebo nebyly na dosah). Jako problém vidím množství dostupných pomůcek a nedostatečnou edukaci o možnosti užívání. Nemocný mnohdy ani neví, že by mohl nějakou dostupnou pomůcku použít.

Na otázku č. 14, zda je prováděna **ranní a večerní toaleta**, jsem do diskuze použila odpovědi od 42 klientů, neboť 8 dotázaných hygienu provádí samo. U **41% byla** prováděna hygienická péče ráno i večer. U **33%**, což představuje 6 klientů, hygiena prováděna **nebyla**. Je to zarážející číslo. Mohla bych pouze spekulovat, proč tomu tak nebylo. Je možné, že hygiena nebyla prováděna podle představ klienta, proto tak odpověděl. U **26%** zdravotnický personál prováděl jen **ranní hygienu**. Ošetřující personál by měl provádět hygienickou péči dle potřeby, nejméně však ráno a večer.

Z celkového počtu 50 respondentů mělo 33 klientů **bolest**. Zda ji měli možnost hodnotit, jsem se zeptala v otázce č. 16. Hodnotit bolest mohlo **67%** klientů a **33%** tuto možnost nemělo. Při zjišťování anamnézy od klienta při přijetí na oddělení se sestra ptá, zda klient trpí bolestí. Je otázka, zda si klient bolest uvědomoval, nebo ji zjistil až při zahájení rehabilitace, při pravidelném polohování, apod. Při příjmu není mnohdy tolik času, ale to neopravňuje sestru, aby bolest nezjišťovala.

Jak reagoval zdravotnický personál na přítomnost bolesti, jsem se těchto klientů ptala v otázce č. 17. U **77% byla provedena opatření** ke zmírnění bolesti podáním léků, změnou polohy, rehabilitací. **9%** udává (2 klienti), že na bolest **nebylo reagováno**. Proč nebylo na bolest informováno, nedokážu vysvětlit. Lidský faktor může v určitých případech pochybit. Sestra mohla jednou zapomenout a pacient si podruhé neřekl. **14%** respondentů (3) se **nechce vyjadřovat**. Proč? Mohli se setkat s nepříjemnou odpovědí, chováním, nechtěli obtěžovat?

Otázka č. 18. se týkala **spokojenosti se stravováním** v nemocničním zařízení, kde byli klienti hospitalizováni. **Spokojeno** s podávanou stravou **bylo 44%** respondentů. Pouze **6%** klientů **spokojeno nebylo**. **46%** dotázaných se vyjádřilo, že **strava je uspokojivá**. Uspokojivá znamená, že by se mohla v určitých aspektech zlepšit. Podle mého názoru chybí pestrost, zeleninové přílohy, rozmanitost snídaní, aj. **2%**, což je jeden klient se **nechce vyjadřovat** a poslední klient (**2%**) napsal, že **záleží na dietním omezení**. V otázce č. 19. mohli klienti dopsat, **co jim ve stravě chybí**. Odpovědělo 12 klientů. Pokud podle 46 % klientů je strava uspokojivá, mrzí mě, že se nevyjádřili v této otázce.

Výsledek by byl objektivnější. Ti, co se vyjádřili, obecně by **doporučili pestrost** stravy a doplnění některých složek ve větší míře (zelenina, ovoce, aj).

Otázka č. 20 - 22 řešila **spokojenost s rehabilitační péčí**. Do procentuálního vyjádření jsem zařadila 42 klientů, protože ostatní rehabilitační péči nepotřebovali (bez tělesného postižení). **Spokojeno** s poskytovanou rehabilitační péčí **bylo 50%** dotázaných. Polovina dotázaných je úspěch. Oproti tomu **27%** s rehabilitací **spokojeno nebylo**. Důvodem negativních odpovědí byla skutečnost, že k těmto nemocným rehabilitační pracovník nedocházel. **Určité výhrady** mělo **17%** klientů. Šlo hlavně o nepravidelnost návštěv či neuspokojivý výsledek. Posledních **6% se nechtělo vyjadřovat**. Stále stejná otázka, proč?

12 klientů potřebující logopedickou péči jsem zahrnula do výsledků otázek č. 23 a 24. **Ani s jedním klientem nepracoval logoped**. To je podle mého názoru velmi závažné zjištění. Klienti sami těžko dokážou bojovat s poruchou řeči, zvláště pokud nerozumí příčině. Přesto byli 2 klienti, což je **8%** z celku, **spokojeni s nácvikem řeči**, který prováděly žákyně chodící na tato oddělení na praxi, eventuálně sestry. Nácvik řeči za pomoci sester je důležitou součástí péče, protože sestra je v neustálém kontaktu s nemocným. Ostatních **92% spokojeno s nácvikem řeči nebylo**. Není se čemu divit, řeč řadíme k základním dorozumívacím prostředkům. My, co mluvíme, si těžko uvědomujeme bezmoc lidí s poruchou řeči.

V otázkách č. 25 a 26 jsem chtěla zjistit, zda jsou klienti v kontaktu s blízkými, s kým žijí ve společné domácnosti. **72%** dotázaných je **plně v kontaktu s blízkými a žijí s rodinnými příslušníky**. Těší mě tak velké procento. **22%** klientů **v kontaktu s blízkými není, žije samo**. Toto číslo je smutné, každý potřebuje blízkou osobu. V tyto okamžiky je na sestře, zda bude nemocnému na blízku. **6%** nemocných je **v kontaktu občas a bydlí v DPS nebo v DD**. DPS, DD jsou jistotou pro klienty, kteří potřebují určitou pomoc. Mohou zde najít svou spřízněnou duši, nebo zvolili tuto možnost, protože neměli jinou šanci. Ne všichni mají rodinné zázemí.

Otázka č. 27 informativně hodnotila, kolik dotazovaných klientů využívá služeb ADP, pečovatelských služeb. **32%** služby **využívá**. Tím, že klient využívá těchto služeb, zkracuje se většinou doba hospitalizace. Nemocný je doléčen v domácím prostředí, což významně působí na psychiku člověka. **68%** je **nepotřebuje**.

Zda jsou klienti **informováni o možnostech po propuštění** z nemocnice, jsem zjišťovala v otázce č. 28. Následnou péči podle svého vyjádření vůbec nepotřebuje 5 klientů, proto je nezahrnuji do diskuze. Ze 45 dotázaných je **27%** klientů **seznámeno** s možnostmi po propuštění a **73%** dotázaných **neví, jaké má možnosti**. Velmi alarmující zjištění. Část nemocných byla při vyplňování dotazníku hospitalizována krátce, proto možná nevědomost.

Ale co ti ostatní? Je příčinou nedostatečná komunikace s lékařem, bojí se zeptat? Možná ani neví na co se ptát.

Co by klienti **doporučili ke zlepšení péče** v nemocnici, měli možnost napsat v otázce č. 29. Čekala jsem více vyjádření. Z 50 klientů odpovědělo 14. **Více zájmu** ze strany sester by uvítalo **36%**, **22%** by chtělo **více rehabilitace, logopedickou péči a dostatek kompenzačních pomůcek**. **14%** se vyjádřilo, že by chtělo **na pokoji TV, rádio, více místa a zajištění intimity**. 1 klient (**7%**) by **zlepšil stravování** a 3 klienti (**21%**) jsou s péčí **spokojeni** a nic by neměnili.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala kvalitou ošetrovatelské péče u klientů po CMP. Mým cílem bylo zjistit, zda jsou klienti spokojeni s poskytovanou péčí v nemocničním zařízení. Výsledná data jsem shrnula do několika částí.

V první části jsem zjišťovala, jak je klient spokojen s přijetím do nemocničního zařízení. Více než polovina respondentů byla spokojena. Zbylá část nebyla spokojena, neví, nebo se nechce vyjadřovat. Doporučila bych čas a prostor na rozhovor s klientem, lékaři by měli hovořit srozumitelně a zpětně si ověřit, zda klient rozumí. Potom předejdeme nedorozumění. Převážná většina klientů se obává, co bude dál. Není to nedostatek informací? Doporučuji zpětnou vazbu nejen ze strany lékaře.

Další část se týkala poskytované ošetrovatelské péče. Polovina respondentů byla spokojena, třetina měla určité výhrady a ostatní nespokojeni, nebo se nechtěli vyjadřovat. Doporučuji se zaměřit se na dostatečné zajištění intimity. Nemocný upoutaný na lůžku (např. při ranní hygieně), méně soběstačný klient (např. vyprazdňující se na pokoji) se musí cítit ponížene ve chvíli, kdy zapomeneme zavřít dveře. Schopné pacienty můžeme požádat, aby na chvíli opustili pokoj. Výborným pomocníkem jsou zástěny, které alespoň částečně budí dojem soukromí. Milý úsměv zdravotnického personálu, který mnohým klientům chybí, projasní den a klienti nebudou mít pocit, že by mohli být na obtíž. Vysvětlit prováděný úkon je to nejmenší, co od nás nemocný očekává. Zmenšíme tím obavy.

Zjišťovala jsem také, zda byli klienti spokojeni s nácvikem sebedpéče. Slabá polovina klientů byla spokojena, spokojena více či méně byla téměř polovina dotázaných. Zbylá část se nechtěla vyjadřovat, nebo byla nespokojena. Doporučení pro praxi v tomto případě vychází zcela jednoznačně. Vést častěji klienta k nácviku sebedpéče, nespíchat na něj, udělat si čas. Víím, že je nedostatek zdravotnického personálu. Ale nemělo by být snadnější nakrmit, umýt, obléct klienta, protože budeme rychlejší. K nácviku sebedpéče patří kompenzační pomůcky. Nedostatek pomůcek a nevědomí o nich zmenšuje možnosti užití. Výstup do praxe je dostatečná edukace klienta o možnostech používání kompenzačních pomůcek a jejich dostatek. Zamyslíme-li se, tak např. speciální příbor a talíř se zvýšeným okrajem umožní klientovi s jednostranným postižením najíst se bez větších potíží.

Hygienická péče byla další zkoumanou částí. U více jak jedné třetiny nebyla hygiena prováděna a u slabé třetiny jen ranní. Nemělo by se stát, že u někoho není prováděna hygienická péče. Při vstupním hodnocení musíme dostatečně zhodnotit, jak je klient schopen zvládat základní úkony sebedpéče, popřípadě zjišťovat změny během léčby.

Bolest je subjektivní příznak. Každý nemocný ji vnímá a hodnotí jinak.

Při nemoci neuleví, naopak obtěžuje. Bolest mělo možnost hodnotit téměř dvě třetiny klientů. Třetina respondentů tuto možnost neměla. V diskuzi jsem již uvedla, že určité procento klientů při přijetí nemusí bolest vnímat. Je nezbytně nutné bolest opakovaně zjišťovat a měřit. U klientů, jež bolest hodnotili, došlo ve většině případů ke snaze ji zmírnit. U některých klientů řešena nebyla. Jestliže zjistíme u klienta bolest, musí mít možnost ji opakovaně hodnotit. V realizaci ošetrovatelského plánu účinně bojujeme s bolestí.

S podávanou stravou byla spokojenost zhruba poloviční. Klienti by si na jednu stranu měli uvědomit, že se nemocniční stravování nemůže vyrovnat s domácí nebo hotelovou stravou. My bychom si měli uvědomit, že mnohým klientům nenosí rodinní příslušníci rozmanité potraviny na „přilepšenou“. Obměna, pestrost a rozmanitost stravy je pro ně důležitá. Stačí změnit druh salámu, přidat zeleninu, ovoce. Vynikající by byla možnost volby ze dvou hlavních jídel, pokud samozřejmě není výrazné dietní omezení.

S rehabilitační péčí byla spokojena polovina dotázaných. Ostatní s výhradami, nebo vůbec. Je důležité u nemocných stanovit rehabilitační plán, ve kterém se bude prolínat i péče ošetrovatelská. Pravidelnost rehabilitace napomáhá úspěchu. S nácvikem řeči je z 12 klientů nespokojeno 10. Důvodem je zřejmě nepřítomnost logopeda a nedostačující nácvik. Doporučila bych pravidelné konzultace sester z oddělení s rehabilitačními pracovníky, nebo ošetřujícího lékaře s rehabilitačním lékařem např. formou vizity 1x týdně.

Většina klientů je v kontaktu s rodinou a žije s ní ve společné domácnosti. Výhodou nemocničních zařízení je benevolentnější postoj k návštěvním hodinám, a pokud se nenaruší chod oddělení, může návštěva k nemocnému i během dopoledne, nebo později. Je nutné u nemocných, k nimž nikdo nechodí, sledovat psychický stav a bránit citovému strádání komunikací, vhodnou volbou pacientů, apod. ADP jsou v dnešní době rozšířené se širokou škálou možností poskytované péče. Je dobré informovat pacienty o těchto možnostech. Někteří ani nevědí, že něco takového existuje. Mnozí mají rodinu, která by se o ně postarala, ale potřebovala by pomoc. Informace o možnostech po propuštění moc klientů nemá. Vše podle mého závisí na komunikaci. V praxi jsem zpozorovala, že nemocný se při vizitě moc neptá. Je na nás jim vysvětlit, že je nutno komunikovat a ptát se, pokud něčemu nerozumí. My si na druhou stranu musíme udělat na rozhovor čas.

Dotazníkové šetření, které jsem prováděla, by mělo přispět ke zlepšení a zdokonalení probíhající ošetrovatelské péče. Jsou zde ukázány klady a zápory viděné očima klientů. Byla bych ráda, kdyby se zdravotnický personál nemocnice dozvěděl kladné hodnocení jako motivaci pro další péči, ale i zápory pro možnosti zlepšení či vyvarování se chyb, které si ani nemusí uvědomovat. Získané výsledky poskytnu hlavní sestře nemocnice na základě její žádosti. Chtěla by je použít ke zlepšení ošetrovatelské péče.

ANOTACE

Autor: Vytlačilová Miluše

Instituce: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Oddělení ošetrovatelství

Název práce: Kvalita ošetrovatelské péče u klienta po CMP

Vedoucí práce: Jaroslava Pečenkova

Počet stran: 94

Počet příloh: 7

Rok obhajoby: 2010

Klíčová slova: kvalita, ošetrovatelský standard, cévní mozková příhoda, fyzioterapie, potřeba, ošetrovatelský proces

Bakalářská práce je zaměřena na kvalitu ošetrovatelské péče u klientů po cévní mozkové příhodě. Práce ve své teoretické části vysvětluje pojmy cévní mozková příhoda, kvalita, standard, potřeba, ošetrovatelská péče, fyzioterapie. Zdůrazňuje změny, kterými klient během nemoci prochází. Empirická část formou dotazníkového šetření zjišťovala úroveň poskytované péče očima klientů na interních odděleních Lužické nemocnice Rumburk. Výsledná data by měla pomoci nemocnici zkvalitnit ošetrovatelskou péči o klienty s tímto onemocněním, eventuálně upravit ošetrovatelský standard.

The Bachelor work is aimed at a quality of nursing among the clients after the cerebral apoplexy. The theoretical part explains the conceptions: cerebral apoplexy, quality, standard of nursing, nursing care and physiotherapy. The work emphasises the changes at the client during the illness. The empirical part of the Bachelor work calls over the standard of nursing in a view of the clients from internal department in Lužická hospital. The final dates should help the physicians to improve the quality of nursing care among the clients suffers from the illness, eventually to regulate the standard of nursing.

SEZNAM LITERATURY

1. AMBLER, Z. *Neurologické poruchy ve vyšším věku. Základní principy jejich farmakoterapie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2000. 186 s. ISBN 80-7254-116-1
2. BENEŠ, V. et al. *Ischémie mozku. Chirurgická a endovaskulární terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2003. 208 s. ISBN 80-7262-186-6
3. *České ošetrovatelství 1: Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie. Ediční řada - Praktické příručky pro sestry*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1998. 50 s. ISBN 80-7013-263-9
4. *České ošetrovatelství 2: Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů. Ediční řada - Praktické příručky pro sestry*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1998. 47 s. ISBN 80-7013-270-1
5. DOENGES, M., E., MOORHOUSE, M., F. *Kapesní průvodce pro zdravotní sestry*. Překlad I. Suchardová. 2. české vyd. Praha: Grada, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8
6. FEIGIN, V. *Cévní mozková příhoda. Prevence a léčba mozkového iktu*. Překlad B. Kalvachová, S. Matoušek. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 207 s. ISBN 978-80-7264-428-7
7. FUJITA, T., MANCIA, G. *High-risk patients and multifactorial treatment*. New York: Elsevier, 2007. 60 s. ISSN 0002-9149
8. FULLER, G. *Neurologické vyšetření snadno a rychle*. Překlad J. Vaňásková. 1. české vyd. Praha: Grada, 2008. 256 s. ISBN 978-80-247-1914-6
9. GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 248 s. ISBN 978-80-247-1868-2
10. JUŘENÍKOVÁ, p., HŮSKOVÁ, J. *Ošetrovatelství - učební text pro IV. ročník středních zdravotnických škol 2. část - ortopedie, kožní, infekční, stomatologie, neurologie, psychiatrie*. 1. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb, 2001. 174 s.
11. KALITA, Z. et al. *Akutní cévní mozkové příhody. Diagnostika, patofyziologie, management*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. 620 s. ISBN 80-85912-26-0
12. KALVACH, P. et al. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 2. vyd. Praha: Grada, 1997. 440 s. ISBN 80-7169-109-7
13. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3
14. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství. II. díl - Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 160 s. ISBN 80-246-0428-0

15. MÄURER, H., CH., MÄURER, R. *Náhlá mozková příhoda*. Překlad J. Turínek. Praha: Victoria, 1989. 142 s. ISBN 80-85605-65-1
16. NABAVI, D., G., RINGELSTEIN, B., E. *Spezielle zerebrovaskuläre Krankheiten: Intrakranielle Blutungen, Thrombosen und Ischämien*. Stuttgart: Kohlhammer, 2007. 227 s. ISBN 978-3-17-019355-0
17. NEVŠÍMALOVÁ, S., RŮŽIČKA, E., TICHÝ, J. et al. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 368 s. ISBN 80-7262-160-2
18. SEIDL, Z. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2
19. SEIDL, Z., OBENBERGER, J. *Neurologie pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 364 s. ISBN 80-247-0623-7
20. SCHUBERTO VÁ, V. *Ošetřování klienta po cévní mozkové příhodě v rodinném prostředí*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2008. 85 s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové
21. TRACHTOVÁ, E., FOJTOVÁ, G., MASTILIAKOVÁ, D. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1999. 186 s. Titrážní znak 57-863-99
22. VOKURKA, M., HUGO, J. et al. *Praktický slovník medicíny*. 7. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 490 s. ISBN 80-7345-009-7
23. WABERŽINEK, G., KRAJÍČKOVÁ, D. et al. *Základy speciální neurologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 396 s. ISBN 80-246-1020-5
24. YASUHIRO, Y., SAKURAI, Z., KELLER, E. et al. *New trend sof Sumery for stroke and its perioperative managament*. 1. vyd. Wien: Springer, 2005. 183 s. ISBN 978-3-211-24338-1
25. [online].[cit. 2010-03-11]. Dostupné z < <http://vnl.xf.cz/index-ose.php> >
26. [online].[cit. 2010-04-03]. Dostupné z < <http://www.zdravotnipotreby.cz/kompenzacni-pomucky/> >

SEZNAM OBRÁZKŮ

Teoretická část

Obr. č. 1 Maslowova hierarchie potřeb (s. 22)

Příloha č. 7

Obr. č. 1 Klozetové křeslo

Obr. č. 2 Polohovací pomůcky

Obr. č. 3 Zapínač knoflíků

Obr. č. 4 Sedací podložka

Obr. č. 5 Podložka pod paty

Obr. č. 6 Gelové vajíčko na mačkání

Obr. č. 7 Hrnek s ergometrickými držadly

Obr. č. 8 Chodítka čtyřbodové

SEZNAM TABULEK

Teoretická část:

Tabulka č. 1 Ošetřovatelský plán (s. 28 - 35)

Empirická část:

Tabulka č. 1 Vstupní údaje

Tabulka č. 2 Informace o zdravotním stavu

Tabulka č. 3 Vnímání zdravotního stavu

Tabulka č. 4 První kontakt s personálem

Tabulka č. 5 Komunikace s lékařem

Tabulka č. 6 Problémy říci si o pomoc

Tabulka č. 7 Přeceňování v oblasti sebepéče

Tabulka č. 8 Vysvětlování úkonů

Tabulka č. 9 Chování zdravotnického personálu

Tabulka č. 10 Nácvik sebepéče

Tabulka č. 11 Čas na sebepěči

Tabulka č. 12 Kompenzační pomůcky

Tabulka č. 13 Obavy říci si o pomoc

Tabulka č. 14 Ranní buzení

Tabulka č. 15 Hygienická péče

Tabulka č. 16 Intimita

Tabulka č. 17 Hodnocení bolesti

Tabulka č. 18 Reakce na informaci o bolesti

Tabulka č. 19 Stravování

Tabulka č. 20 Obohacení stravy

Tabulka č. 21 Pravidelnost rehabilitace

Tabulka č. 22 Spokojenost s rehabilitací

Tabulka č. 23 Bazální stimulace

Tabulka č. 24 Logopedická péče

Tabulka č. 25 Spokojenost s nácvikem řeči

Tabulka č. 26 Kontakt s blízkými

Tabulka č. 27 Společné soužití

Tabulka č. 28 Využívání služeb

Tabulka č. 29 Informace o následné péči

Tabulka č. 30 Možnosti zlepšení péče

SEZNAM GRAFŮ

Empirická část

- Graf č. 1 Informace o zdravotním stavu
- Graf č. 2 Vnímání zdravotního stavu
- Graf č. 3 První kontakt s personálem
- Graf č. 4 Komunikace s lékařem
- Graf č. 5 Problémy říci si o pomoc
- Graf č. 6 Přeceňování v oblasti sebepéče
- Graf č. 7 Vysvětlování úkonů
- Graf č. 8 Chování zdravotnického personálu
- Graf č. 9 Nácvik sebepéče
- Graf č. 10 Čas na sebepéči
- Graf č. 11 Kompenzační pomůcky
- Graf č. 12 Obavy říci si o pomoc
- Graf č. 13 Ranní buzení
- Graf č. 14 Hygienická péče
- Graf č. 15 Intimita
- Graf č. 16 Hodnocení bolesti
- Graf č. 17 Reakce na informaci o bolesti
- Graf č. 18 Stravování
- Graf č. 19 Obohacení stravy
- Graf č. 20 Pravidelnost rehabilitace
- Graf č. 21 Spokojenost s rehabilitací
- Graf č. 22 Bazální stimulace
- Graf č. 23 Logopedická péče
- Graf č. 24 Spokojenost s nácvikem řeči
- Graf č. 25 Kontakt s blízkými
- Graf č. 26 Společné soužití
- Graf č. 27 Využívání služeb
- Graf č. 28 Informace o následné péči
- Graf č. 29 Možnosti zlepšení péče

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Barthelův test všedních činností

Příloha č. 3 Hodnocení sebepéče a soběstačnosti

Příloha č. 4 Vizuální analogová škála

Příloha č. 5 Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Příloha č. 6 Zhodnocení rizika pádu pacienta

Příloha č. 7 Kompenzační pomůcky

Příloha č. 1 Dotazník

Dotazníkové šetření - Kvalita ošetrovatelské péče u klienta po CMP

Vážený kliente, klientko!

Jmenuji se Miluše Vytlačilová a studuji třetím rokem na Lékařské fakultě UK v Hradci Králové obor Všeobecná sestra. Téma mé závěrečné práce je Kvalita ošetrovatelské péče u klienta po CMP. Žádám Vás touto cestou o vyplnění dotazníku nutného pro objektivní zpracování závěrečných dat. Dotazník se týká dostupnosti a kvality ošetrovatelské péče na oddělení, kde jste hospitalizováni. Je zcela anonymní a za jeho pravdivé vyplnění předem děkuji. Na výběr máte buď vypsané odpovědi a na Vás je zakroužkovat Vámi zvolenou, nebo volnou kolonku pro vlastní odpověď.

A. Obecná část (vyplní tazatel dle dokumentace):

Oddělení:

Pohlaví: a) mužské b) ženské

Věk: a) 25 - 39 let b) 40 - 54 let c) 55 - 69 let d) 70 a více

Rodinný stav:

Povolání:

Hospitalizace pro stejnou diagnózu: a) poprvé b) opakovaně

Počet dnů nynější hospitalizace:

Do nemocničního zařízení přivezen: a) RZP b) rodinným příslušníkem c)

Časový horizont, v jakém byl/a klient/ka přivezen/a:

Tělesné postižení:

Porucha řeči:

Kompenzační pomůcky:

Poloha: a) aktivní b) pasivní

Dekubity: a) ano, stupeň, lokalizace b) ne

Dieta:

Soběstačnost ve výživě: a) soběstačný b) částečně c) nesoběstačný

Soběstačnost ve vyprazdňování moči: a) soběstačný b) částečně c) nesoběstačný

Soběstačnost ve vyprazdňování stolice: a) soběstačný b) částečně c) nesoběstačný

B. Speciální část (vyplní klient):

1. Myslite si, že jste dostatečně informován/a o svém zdravotním stavu?

- a)** informace mi nechybí **b)** chybí mi spousta informací
c) nevím **d)** nechci se vyjadřovat

2. Jak vnímáte svůj zdravotní stav?

- a)** jako uspokojivý **b)** obávám se, co bude dál **c)** ještě jsem nad tím nepřemýšlel/a
d) vlastní odpověď:

3. Při prvním kontaktu se zdravotnickým personálem:

- a)** jsem byl/a mile překvapen/a přístupem **b)** jsem nebyl/a spokojen/a s přístupem
c) nevzpomínám si **d)** nechci se vyjadřovat

4. *Hovořil s Vámi Váš ošetřující lékař způsobem, kterému jste rozuměl/a?*

- a)** ano, všemu jsem rozuměl/a **b)** moc jsem mu nerozuměl/a
c) nechci se vyjadřovat **d)** vlastní odpověď:

5. Dělá Vám problémy říci si o pomoc s činnostmi, které sám/sama nezvládáte?

- a) ano, velké problémy**
- b) občas ano**
- c) většinou ne**
- d) nedělá mi to problémy**

6. Myslíte si, že Vás zdravotnícký personál preceňuje v oblasti sebezpečia?

- a)** ano, přeceňuje **b)** občas ano
c) většinou ne **d)** nepřeceňuje
e) vlastní odpověď:

7. Vysvětluje Vám zdravotnický personál úkony, které po Vás požaduje:

- a)** ano, vždy **b)** většinou ano
c) občas ano **d)** ne, nevysvětluje

8. Při činnostech, se kterými Vám pomáhá zdravotnický personál:

- a)** se personál chová s úctou a ohleduplně **b)** se chová neutrálně
c) mnou personál opovrhuje **d)** nechci se vyjadřovat
e) vlastní odpověď:

9. Provádí s Vámi zdravotnický personál pravidelně a dostatečně nácvik sebezpečí?

- a)** ano; jsem spokojen/a **b)** většinou ano
c) občas ano **d)** ne; nejsem spokojena
e) vlastní odpověď:

10. Máte dostatek času na nácvik úkonů sebepečce?

- a)** ano, mám dostatek času **b)** většinou ano
c) občas ano **d)** ne, nemám dostatek času
e) vlastní odpověď:

11. Máte možnost používat pomůcky ke zjednodušení úkonů sebepečce a používáte je?

(podavače, speciální příbory, madla, nástavce na WC, protiskluzové podložky, pojízdný klozet)

- a)** ano; používám je **b)** ano, ale nepoužívám je
c) ne, ale potřeboval/a bych je **d)** ne, ani je nepotřebuji
e) vlastní odpověď:

12. Máte obavy si říci „sestřičkám“ o pomoc?

- a)** ano, mám obavy **b)** ne, nemám obavy **c)** nechci se vyjadřovat
d) vlastní odpověď:

13. V kolik hodin jste buzen/a?

- a) v 5:00** **b) v 5:30** **c) v 6:00** **d) v 6:30** **e) v 7:00**

14. Je u Vás prováděna ranní a večerní toaleta?

- a) ano** **b) ne** **c) vlastní odpověď:**

15. Dokáže Vám zdravotnický personál zajistit dostatek intimity?

- a)** ano, nestěžuji si **b)** intimita je uspokojivá **c)** nejsem spokojen/a
d) vlastní odpověď:

16. Měl/a jste možnost hodnotit bolest?

- a) ano** **b) ne** **c) nemám bolesti**

17. Bylo na informaci o bolesti reagováno?

- a) ne** **b) ano; jak** **c) nechci se vyjadřovat**

18. Dostáváte pestrou a úhledně servírovanou stravu?

- a)** ano, nestěžuji si **b)** strava je uspokojujivá
c) nejsem spokojen/a **d)** nechci se vyjadřovat
e) vlastní odpověď:

19. Pokud Vám ve stravě něco chybí, upřesněte:

20. Dochází k Vám pravidelně rehabilitační pracovník?

- a)** ano, pravidelně **b)** dochází nepravidelně
c) ne, nedochází **d)** nechci se vyjadřovat

21. Pomáhá Vám rehabilitační péče?

- a)** myslím si, že ano **b)** nejsem si jist/a **c)** nechci se vyjadřovat
d) vlastní odpověď:

22. Byla u Vás používána bazální stimulace (hlazení, masáže, ...)? **a)** ano **b)** ne

- 23. Pracuje s Vámi logoped?** **a) ano** **b) ne**

24. Jste spokojen/a s nácvikem řeči? a) ano b) ne

- 25. Jste v kontaktu s rodinou, se známými?**

- a)** ano, navštěvují mě **b)** jsme v telefonickém kontaktu **c)** nejsme v kontaktu
d) vlastní odpověď:

26. S kým žijete ve společné domácnosti?

- a)** s manželem/manželkou **b)** s druhem/družkou **c)** žiji sám/sama
d) vlastní odpověď:

27. Využíváte služeb agentury domácí péče, pečovatelské služby?

- a) ano, využívám** **b) ne, nevyužívám**

28. *Jste informován/a o možnostech následné péče po propuštění z nemocnice?*

- a)** vím, jaké mám možnosti **b)** nevím, jaké mám možnosti
- c) vlastní odpověď:**

29. Co byste doporučil/a ke zlepšení péče?

.....

.....

Příloha č. 2 Barthelův test všedních činností

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. najedení napití	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
2. oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
3. koupání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
4. osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
5. kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
6. kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
7. použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
8. přesun lůžko - židle	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
9. chůze po rovině	Samostatně nad 50 m	15
	S pomocí 50 m	10
	Na vozíku 50 m	5
	Neprovede	0
10. chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech

- **0-40 bodů - vysoce závislý**
- 45-60 bodů - závislost středního stupně
- 65-95 bodů - lehká závislost
- 100 bodů - nezávislý

Příloha č. 3 Hodnocení sebepéče a soběstačnosti

Oblasti hodnocení úrovní sebepéče:

- celková pohyblivost - **omezená**
- schopnost najít se - **omezená**
- schopnost umýt se - **omezená**
- schopnost vykoupat se - **omezená**
- schopnost obléci se - **omezená**
- schopnost dojít si na toaletu - **nezvládne**
- schopnost pohybovat se v lůžku - **omezená**
- schopnost udržovat domácnost - **nezvládne**
- schopnost nakoupit si - **nezvládne**
- schopnost uvařit si - **nezvládne**

!!! Číselná skóre se nesčítají!!!

Hodnocení úrovně sebepéče	
Provedení činnosti	Bodové skóre
Nezávislý, soběstačný nemocný.	0
Potřebuje minimální pomoc, používá sám zařízení, sám zvládne 75% činností.	1
Potřebuje menší pomoc, dohled, radu. Sám zvládne 50% činností.	2
Potřebuje velkou pomoc (od druhé osoby nebo od přístroje), sám zvládne méně než 25% činností.	3
Zcela závislý na pomoci druhých, potřebuje úplný dohled.	4
Absolutní deficit sebepéče, žádná aktivní účast. Potřebuje úplnou pomoc nebo je neschopen pomáhat	5

Příloha č. 4 Vizuální analogová škála



0 - žádná bolest

10 - nesnesitelná bolest

Příloha č. 5 Hodnocení rizika vzniku dekubitů

- Duševní stav
 - **4 - bdělost, čilost**
 - 3 - apatie
 - 2 - zmatenost
 - 1 - sopor, koma
- Kontinence
 - **4 - kontinence**
 - 3 - inkontinence moči bez katetru
 - 2 - inkontinence stolice
 - 1 - inkontinence - moči i stolice
- mobilita
 - 4 - plná hybnost
 - 3 - mírné omezení
 - **2 - velmi omezená**
 - 1 - imobilita
- Aktivita
 - 4 - chodící
 - 3 - chůze s pomocí
 - 2 - pouze na vozíku
 - **1 - ležící**
- Výživa
 - 4 - dobrá
 - 3 - uspokojivá
 - **2 - špatná**
 - 1 - kachexie
- Cirkulace
 - 4 - normální prokrvení
 - **3 - snížené prokrvení**
 - 2 - mírné otoky
 - 1 - střední a velké otoky
- Tělesná teplota
 - **4 - do 37,2°C**
 - 3 - 37,3 - 37,7°C
 - 2 - 37,8-38,3°C
 - 1 - 38,4°C a více
- Medikace
 - 4 - bez steroidů, analgetik, trankvilizerů
 - **3 - jedna z uvedených skupin**
 - 2 - dvě z uvedených skupin
 - 1 - všechny uvedené skupiny
- Vyhodnocení (**23 b**):
 - 16 bodů a méně představuje významné riziko vzniku dekubitu

Příloha č. 6 Zhodnocení rizika pádu pacienta

- Pohyb
 - 0 - neomezený
 - 2 - používá pomůcky
 - 1 - potřebuje pomoc k pohybu
 - **1 - neschopen přesunu**
- Vyprazdňování
 - 0 - nevyžaduje pomoc
 - 1 - nykturie / inkontinence
 - **1 - vyžaduje pomoc**
- Medikace
 - 0 - neužívá rizikové léky
 - **1 - Užívá následující léky:** diuretika, antiepileptika, antiparkinsonika, **antihipertenziva**, psychotropní látky, benzodiazepiny
- Smyslové poruchy
 - 0 - žádné
 - **1 - vizuální, smyslový deficit**
- Mentální status
 - **0 - orientován**
 - 1 - občasná noční dezorientace
 - 1 - dřívější dezorientace / demence
- Věk
 - **0 - 18 až 75 let**
 - 1 - nad 75 let
- Pád v anamnéze
 - **1 - ano**
- Vyhodnocení (**5 b**):
 - zaškrtneme a sečteme body
 - **skóre 3 a vyšší = pacient je ohrožen rizikem pádu**

Příloha č. 7 Kompenzační a rehabilitační pomůcky

Obr. č. 1 Klozetové křeslo



Obr. č. 2 Polohovací pomůcky



Obr. č. 3 Zapínač knoflíků



Obr. č. 4 Sedací podložka



Obr. č. 5 Podložka pod paty



Obr. č. 6 Gelové vajíčko na mačkání



Obr. č. 7 Hrnek s ergonomickými držadly



Obr. č. 8 Chodítka čtyřbodové

